

**Ulla Idänpään-Heikkilä - Maarit Outinen –
Anne Nordblad - Eeva Päivärinta - Marjukka Mäkelä**

**LAATUKRITEERIT
Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille**

20/2000

ISBN 951-33-1047-7 (verkkojulkaisu)

ISBN 951-33-1025-6 (paperijulkaisu)

ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2000

KUVAILEHTI

Tekijät		Julkaisija Stakes	
Ulla Idänpään-Heikkilä-Maarit-Outinen- Anne Nordblad- Eeva Päivärinta-Marjukka Mäkelä		Kustantaja Stakes	
Julkaisun nimi LAATUKRITEERIT -Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille			
Julkaisun sarja ja numero Aiheita-monistesarja 20/2000, Stakes			
Tiivistelmä <p>Tämän julkaisun tavoitteena on auttaa selventämään ja yhtenäistämään laatukriteereihin liittyvää käsitteistöä ja luoda yleiskuvaa laatukriteerien käyttötarkoituksesta eri tasoilla sosiaali- ja terveydenhuollossa.</p> <p>Laadunhallinta ja sen pohjana oleva arviointi kuuluu kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan. Potilaiden, asiakkaiden, maksajien, terveydenhuollon työntekijöiden ja johdon on tärkeä tietää toiminnan laadun taso. Laadunarvioinnin avulla tunnistetaan mahdollisuuksia toiminnan parantamiseksi eikä pitkäjänteinen ja jatkuva laadun parantaminen onnistu ilman palvelujen ja toimintojen laadun seurantaa ja mittaamista. Laadun seuranta on myös tärkeä oppimisen menetelmä.</p> <p>Laatukriteeri on se mittaamisen perusta, joka kertoo meille, millaista tulosta ja laatutasoa tavoittelemme. Laatukriteereille asetettuihin vaatimuksiin vaikuttaa, millä tasolla niitä käytetään: kansainvälisellä, valtakunnallisella, alueellisella, paikallisella vai työryhmän tasolla, vai onko niiden käyttäjänä asiakas. Laatukriteereitä laatiessa on siis tärkeää pohtia, mihin toimintaan laatukriteerejä luodaan ja miksi niitä tarvitaan.</p> <p>Laadunhallinnan toteuttamisesta ja laadun arvioinnista on annettu viime vuosina useita valtakunnallisia suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia. Kaikissa niissä laatukriteerien määrittämisellä on tärkeä osa. Suosituksissa korostetaan tiedon keräämistä ja kehoitetaan määrittelemään yhteisiä valtakunnallisesti käytettäviä ja paikallisia laatukriteerejä. Laatukriteerien laadinta on tuntunut ohjeista huolimatta käytännössä vaikealta. Laatukriteerien laadinta on kuitenkin oleellinen osa järjestelmällistä tapaa kehittää työtä. Laatukriteerejä laatiella voi samalla vaikuttaa omaan työhönsä ja sitä kautta auttaa jaksamaan työssä. Laatukriteerien laadinta myös motivoi työssä oppimiseen ja jatkuvaan työn kehittämiseen.</p> <p>Julkaisun liitteisiin on koottu joitain esimerkkejä, joista voi saada tukea laatukriteerien kehittämislle.</p>			
Avainsanat Laatu, laatukriteeri, laatuindikaattori, laadunhallinta			
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)			
ISSN 1236-9845		ISBN 951-33-1025-6 (paperijulkaisu) 51-33-1047-7 (verkkojulkaisu)	
Kokonaissivumäärä 61	Kieli Suomi		Hinta 90 mk (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh. (09) 3967 2190 ja (09) 3967 2308, faksi (09) 3397 2450			

SISÄLLYSLUETTELO

Lukijalle	7
1 Taustaa	8
2 Laatuksiteeri ja sille asetettuja vaatimuksia	9
2.1 Laadun arviointiin liittyviä käsitteitä	9
2.2 Laatu kriteerien kuvaamana	11
2.2.1 Laadun monimuotoisuus	11
2.2.2 Määrällinen vai laadullinen laatuksiteeri	12
2.2.3 Yleinen vai ongelmakohtainen laatuksiteeri	12
2.2.4 Tulos-, prosessi- vai rakennekriteeri	13
2.3 Vaatimuksia laatuksiteereille ja - indikaattoreille	14
3 Laatuksiteerien käyttötarkoitukset	16
3.1 Kenen ja mihin käyttöön	16
4 Laatuksiteerit ja laadun mittaaminen	20
4.1 Mitä ja miten seurataan	21
4.2 Laatuksiteerien valinta	22
4.3 Milloin mittaisimme	24
4.4 Organisaatioiden tai alueiden välinen vertailu	26
4.5 Tukea jatkotyölle	27
Kirjallisuutta	29
Liitteet	Yhteenvetotaulukko
	Laatuksiteerien ja indikaattorien lähteitä
	Äitiyshuollon laatuksiteerit, <i>Sirpa Sairanen</i>
	Luonnos äitiyshuollon laatuksiteereiksi, <i>Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 1999</i>
	Äitiyshuollon laatuksiteereihin liittyvää kirjallisuutta, <i>Sirpa Sairanen</i>

Lukijalle

Kiinnostus laadunhallintaan on lisääntynyt nopeasti sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä työntekijöiden parissa että organisaatioiden tasolla. Järjestelmällinen laadunhallinta onkin keskeinen osa sekä organisaation että kunkin työntekijän oman työn johtamista ja suunnittelua. Tueksi tarvitaan tietoa tavoitteiden toteutumisesta ja toiminnasta. Tämä edellyttää järjestelmällistä toiminnan seuranta ja seurantatulosten arviointia sekä organisaation että työyksikön tasolla.

Laatukriteeri on se mittaamisen perusta, joka kertoo meille, millaista tulosta ja laatutasoa tavoittelemme. Laatuindikaattoreiksi valitut laatukriteerit auttavat seuraamaan, olemmeko saavuttaneet tavoitteemme. On siis tärkeää määrittää laatukriteerit kaikelle keskeiselle toiminnallemme. Jotta laatukriteerit toimisivat seurannan ja arvioinnin perustana, ne tulisi ilmaista niin selkeästi, että voimme mittaamalla todeta, olemmeko saavuttaneet tavoitteemme.

Laatukriteerien ja mittaristojen luominen saattaa olla mutkikas ja vaativa tehtävä. Tämän julkaisun tavoitteena on

- auttaa selventämään ja yhtenäistämään laatukriteereihin liittyvää käsitteistöä,
- luoda yleiskuvaa laatukriteerien käyttötarkoituksesta eri tasoilla sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tässä julkaisussa saattaa painottua kirjoittajien taustasta johtuen terveydenhuollon näkökulma, mutta laatukriteerien merkitys ja niihin liittyvä käsitteistö ovat samat sosiaalitoimen ja terveydenhuollon palveluissa. Erityisesti vanhuspalveluissa, jotka ylittävät perinteiset sosiaali- ja terveystalvelujen rajat, on yhteinen käsitteistö ja molemmat näkökulmat tärkeitä. Julkaisun toivotaankin palvelevan sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja antavia yksiköitä ja työntekijöitä. Palvelujen laatu-ryhmä ottaa mielellään vastaan palautetta julkaisusta ja on valmis osallistumaan yhteistyöhankkeisiin laatukriteerien kehittämiseksi.

Julkaisun liitteeksi on koottu joitain esimerkkejä eri tarkoituksiin jo laadituista laatukriteereistä ja mittaristoista. Yhtenä esimerkkinä Sirpa Sairasen laatima raportti perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän työn yhteydessä laadituista laatukriteereistä ja niiden taustatyöstä.

Palautetta julkaisusta ja yhteistyöehdotuksia voi osoittaa *Ulla Idänpään-Heikkilälle* (ulla.idanpaan-heikkila@stakes.fi, puh . 3967 2467 tai osoitteeseen STAKES, Palvelujen laatu, Siltasaarenkatu 18 A, 00530 Helsinki).

1 Taustaa

Valtakunnallisia suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia laadunhallinnan toteuttamisesta ja laadun arvioinnista on annettu viime vuosina useita. Kaikissa niissä laatukriteerien määrittämisellä on tärkeä osa. Suosituksissa korostetaan tiedon keräämistä ja kehoitetaan määrittelemään yhteisiä valtakunnallisesti käytettäviä ja paikallisia laatukriteerejä. Periaatteena on, että myös valtakunnallisten kriteerien pohjalta kerättyä tietoa käytetään ohjauksen ja kehittämisen, ei valvonnan, välineenä.

Nykyisen *hallituksen ohjelman* mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo, jossa asiakaslähtöisyys on johtava periaate. Hallitusohjelmassa tavoitellaan mittareita, joilla voidaan seurata palvelujen yhdenvertaisuuden toteutumista.

Julkisten palvelujen laatustrategia ilmestyi vuonna 1998. Se sisältää suosituksia ja periaatelinjauksia palvelujen toteuttamiseksi tehokkaasti ja asiakaskeskeisesti. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä *Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja kansalaisyhteiskunta* on kannanottoja julkisten palvelujen laadun parantamiseksi. Näiden sisältämiä tavoitteita on konkretisoitu julkaisussa *Julkisten palvelujen arviointi*. Sosiaali- ja terveysministeriön *Terveysterveys 2000-luvulle* terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano-ohjelmassa (1998) suositetaan laadunhallinta-järjestelmän käyttöön ottoa sekä ostopalvelujen laatukriteerien kehittämistä.

Valtakunnallinen suositus *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle* sisältää Suomessa tärkeinä pidetyt laadunhallinnan peruslinjaukset. Yhtenä suosituksena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajille on omaan toimintaan liittyvän tiedon kerääminen ja hyväksikäyttö. Suosituksen mukaan tietoa tulee kerätä arvioinnin ja kehittämisen tueksi. Tiedon keräämisen perustaksi tulee kehittää vertailukelpoisia laatuindikaattoreita ja –mittareita sekä paikalliseen, alueelliseen että valtakunnalliseen käyttöön. Laadunhallinnan menetelmien arviointitutkimusta tulee edistää ja liittää laadunhallinnan menetelmien tutkiminen ja laadunhallinnan vaikuttavuuden arviointi osaksi tutkimusohjelmia. Tutkimuksen ja arvioinnin perustaksi tarvitaan useiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhdessä laatimia ja hyväksymiä laatukriteerejä.

Valtioneuvoston päätöksessä *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000-2003* edellytetään laatusuosituksen valmistelua ensisijaisesti vanhustenhuoltoon, mielenterveyspalveluihin, kouluterveydenhuoltoon, vammaisten asumispalveluihin ja päihdetyöhön. Lisäksi siinä veloitetaan Stakes ja Kuntaliitto tukemaan toiminnan tuloksellisuuden arvioinnin saamista osaksi hoito- ja palveluyksiköiden normaalia toimintaa. Vuoden 1999 laadunhallintasuosituksen toteuttamisen tueksi tarkoitettua aineistosta on jo ilmestynyt laadunhallinnan menetelmiä ja lähestymistapoja käsittelevä *Seitsemän laatupolkua* (Outinen ym. 1999). Tämä laatukriteereitä käsittelevä julkaisu jatkaa tukimateriaalien sarjaa. Lisäksi on suunnitteilla julkaisu, joka käsittelee organisaatiotason laadunhallinnan rakentamista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2 Laatukriteeri ja sille asetettuja vaatimuksia

2.1 Laadun arviointiin liittyviä käsitteitä

On tärkeää, että laatukriteeri ja muut sille läheiset käsitteet ymmärretään samalla tavalla niiden parissa, jotka laatukriteerejä laativat ja käyttävät.

Laadunhallinnan suositus vuodelta 1995 (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995) sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanaston. Siinä laatukriteeri ja siihen liittyvät termit määritellään noudattaen kansainvälistä terminologiaa (SFS-EN ISO 8402) seuraavasti:

Laatukriteeri

laadun määrittämisen perusteeksi valittu ominaisuus

Laatukriteeriksi valitaan mitattavissa oleva ominaisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatukriteereitä voivat olla esimerkiksi jonotusajan pituus ja asiakastiedotteen antaminen.

Sellaista laatukriteeriä, jonka arvon kehittymistä ja muuttumista hyödykkeessä seurataan ja joka toimii viitteenä hyödykkeen laadun vaihtelusta, voidaan nimittää *laatuindikaattoriksi*.

Laatuvaatimus

laatukriteerille asetettu ehto

Laatuvaatimus voi olla pienin tai suurin sallittu arvo tai vaihteluväli, ja se voi olla objektiivisesti tai subjektiivisesti asetettu. Se voi perustua yhteiseen sopimukseen tai olla esimerkiksi organisaation sisäiseksi tavoitteeksi asetettu.

Standardi

toistuvaan käyttöön tarkoitettu, tunnustetun elimen hyväksymä normatiivinen asiakirja, joka esittää yleisesti hyväksyttyjä sääntöjä, ohjeita tai ominaispiirteitä toiminnoille tai niiden tuloksille.

Termi "standardi" viittaa tässä sanastossa vain standardisoinnissa tuotettuihin normatiivisiin asiakirjoihin. Yleiskielessä sanalla **standardi** on usein myös sellaisia merkityksiä kuin "tavoitetaso", "yhteisesti sovittu toteutustaso" ja "hyväksyttävä raja". Laadunhallinnan terminologiassa nämä merkitykset sisältyvät lähinnä käsitteeseen "laatuvaatimus".

Nykysuomen sanakirja määrittää *kriteerin* ominaisuudeksi, jonka perusteella joku voidaan varmasti erottaa muista, todistaa tai todeta oikeaksi. Kriteerin suomalainen vastine on myös 'tunnusmerkki'.

Laatukriteeri on kuvaus hoidon, palvelun tai toiminnon olennaisista ominaisuuksista. Laatukriteeri pyritään täsmentämään sellaiseen muotoon, että sitä voidaan mitata. Vertaamalla mittaustuloksia ennalta asetettuihin tavoitteisiin nähdään, onko tavoitteet saavutettu.

Donabedianin (1982) mukaan "kriteeri on systemaattisesti laadittu väite tai lausuma, jota voidaan käyttää tietyn terveydenhuollon päätöksen, palvelun tai tuloksen tarkoituksenmukaisuuden arviointiin, tai selvästi määritelty ja mitattavissa oleva ilmiö (phenomenon), joka on laadun toteutuksen kannalta tärkeä ja niin selvästi ilmaistu, että voidaan sanoa toteutuuko kriteeri vai ei".

Vuoren (1992) mukaan laatukriteerit ovat rakenteeseen, toimintaan tai lopputulokseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat oleellisesti hoidon tulokseen. Tätä määritelmää, joka koskee vain varsinaista hoitoa, voi laajentaa koskemaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa muuttamalla loppuosa: jotka vaikuttavat oleellisesti hoidon, palvelun tai toiminnan tavoitteen saavuttamiseen. Vuoren ja Donabedianin määritelmät ovat sopusoinnussa tässä kirjoituksessa käytettävän sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanaston mukaisen merkityksen kanssa.

Laatukriteereiksi valitaan tärkeitä hoidon tai palvelun laatua kuvaavia tekijöitä. *Laatuindikaattorien* avulla seurataan toimintaa ja ne voivat olla viitteenä laatuun mahdollisesti liittyvistä puutteista ja kehittämistarpeista. Ennen kuin jokin ominaisuus otetaan käyttöön laatuindikaattorina, tulisi sen luotettavuus ja käyttökelpoisuus laadun kuvaajana kokeilla käytännössä.

Laatuindikaattoreita ovat esimerkiksi keisarinleikkausten osuus kaikista synnytyksistä, sairaalainfektioiden määrä, suunnitellun toimenpiteen peruuttaminen, asiakastytyväisyysskyselyn jokin tietty kysymys tai hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen vanhukselle.

Laatuvaatimus tarkoittaa laatukriteerille asetettua tavoitetasoa.

Laatuvaatimus (tavoitetaso) on esimerkiksi: kaikki saapuvat kiireelliset läheteet katsotaan saapumispäivänä, kaikkien sydäninfarktiepäilyn vuoksi päivystykseen tulleiden liuotushoidon tarve on arvioitu 20 minuutin kuluessa ensiapuun tulosta, 90% asiakkaista tulisi päästä ajanvarauskäynnille 15 minuutin sisällä sovitusta ajasta, 30% työntekijöistä on saanut laatukoulutuksen 2 v sisällä.

Mittari on seurantatapa, menetelmä tai väline, jonka avulla laatukriteeriksi valittua ominaisuutta mitataan. Mittauksen avulla selvitetään laatukriteerin arvot mittayksikköinä. Mittariin liittyy tietty sovitettu menettely, jonka mukaisesti tiedon keräys ja käsittely tapahtuu.

Mittari on mm. toimintakyvyn tai elämänlaadun mittari, asiakastytyväisyyttä kartoittava kyselylomake vanhustenhuollossa tai terveydenhuollossa, tai muu tietojenkeruuta varten suunniteltu lomake.

2.2 Laatu kriteerien kuvaamana

2.2.1 Laadun monimuotoisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatu on vaikea yksiselitteisesti määritellä. Nykyinen lähestymistapa yhdistää palvelujen käyttäjien, palvelujen tuottajien ja johtamisen näkökulmat.

Laatu voidaan määritellä niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset (SFS-ISO 8402).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voisi myös määritellä kyvyksi täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Erityinen asiakasryhmä on palvelujen varassa elävät, kuten pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat vanhukset. Heidän kohdallaan kokemuksellinen laatu on erityisen merkittävä elämänlaadun kannalta.

Vaikka laatu on vaikea määritellä, on tärkeä sopia, mitä aluetasolla, kunnassa, organisaatiossa tai työryhmässä tarkoitetaan laadulla, jota tavoitellaan. Tämä yhteinen käsitys ilmaistaan laatupolitiikassa ja tulee välittää kaikille kussakin yksikössä tai organisaatiossa työskentelevälle. Laatukriteerit ovat apuna laadun sisällön konkretisoinnissa ja täsmentämisessä. Ne ovat palvelujen laadun arvioinnin apuvälineitä, laadun ominaisuuksia. Mittaamalla laatukriteerien täyttymistä voidaan arvioida, onko toiminta asetettujen tavoitteiden mukaista. Laatukriteerit toimivat myös suunnittelun apuna.

Täydellinen (maksimaalinen) laatu asiakkaan ja ammattilaisten määrittelemänä johtaa vääjäämättä suurempiin kustannuksiin kuin toimintaan on mahdollista panostaa. Siksi tuleekin pyrkiä *optimilaatuun* kaikista kolmesta laadun näkökulmasta yhteisesti määriteltynä ja ottamalla asiakas mukaan määrittelemään. Tässä "oikean" laadun tason määrittämisessä laatukriteerit ovat tukena.

Laadun monimuotoisuus

- sisäinen, subjektiivinen laatu
- mitattava, objektiivinen laatu
- asiakasnäkökulma
- ammatillinen näkökulma
- johtamisen näkökulma

Laatukriteerit laadun kuvaajina

- laadullinen, kvalitatiivinen
- määrällinen, kvantitatiivinen
- yleinen
- ongelmakohtainen
- tuloskriteeri
- prosessikriteeri
- rakennekriteeri

Laatu koostuu osin näkyvistä, mitattavista ominaisuuksista, mutta siihen liittyy myös sisäisiä, vaikeasti määriteltäviä ja mitattavia, subjektiivisia piirteitä. Laatu on asiakkaan elämys laadusta. Laatu on myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten määrittelemää ammatillista ja tieteellistä laatua. Laatuun kuuluvat lisäksi sen kustannukset suhteessa saavutettuun laatuun: se on taloudellisuutta ja johtamisen laatua. Näitä kolmea laadun eri näkökulmaa nimitetään

- asiakkaan laaduksi (koetuksi laaduksi),
- ammatilliseksi laaduksi ja
- johtamisen (palvelujärjestelmän) laaduksi.

Asiakkaan laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä tämä haluaa ja kokee tarvitsevansa. Ammatillinen laatu kertoo, täyttääkö palvelu potilaan tarpeet asiantuntijan näkökulman mukaan. Johtamisen laatu kertoo, toteutetaanko palvelu ilman hukkakäyttöä ja virheitä, kohtuullisin kustannuksin ja lakeja ja määräyksiä noudattaen (Øvretveit 1992).

2.2.2 Määrällinen vai laadullinen laatukriteeri

Laadun monimuotoisuuden vuoksi sitä kuvaamaan tarvitaan sekä *kvalitatiivisia*, kokemukseen perustuvia, sanoin ilmaistuja, että *kvantitatiivisia*, määrällisiä laatukriteerejä. Nämä täydentävät toisiaan.

Kvantitatiivisen laatukriteerin avulla voidaan arvioida esimerkiksi jonotusaikoja, infektioiden määrää tai yksikkökustannuksia.

Kvalitatiivisia laatukriteerejä tarvitaan kuvaamaan niitä monia tekijöitä palvelussa, joita ei numeroin voi kuvata. Niiden avulla päästään usein perille ongelmien syistä ja löydetään ratkaisuja. Kvalitatiivisen kriteerin tulee kuitenkin olla sanoin ilmaistu siten, että voidaan arvioida toteutuuko se vai ei.

Kvalitatiivisia laatukriteerejä ovat esimerkiksi: synnyttäjillä on mahdollisuus tutustua synnytyssairaalaan ennen synnytystä, synnytyskokemus käydään äidin kanssa läpi ennen kotiutusta, vanhuksen on mahdollista ennakkoon tutustua hoitopaikkaansa.

2.2.3 Yleinen vai ongelmakohtainen laatukriteeri

Laatukriteeriksi voidaan valita *yleinen* tai *ongelmakohtainen* (diagnoosi-, sairausryhmä- tai palveluryhmäkohtaista erityistilannetta kuvaava) kriteeri.

Yleiselle laatukriteerille on tyypillistä, että sen kuvaama tapahtuma, olosuhteet tai toimenpide ovat yhteisiä useille toiminnoille ja koskevat suurta asiakasryhmää. Samoja yleisiä kriteerejä voidaan siis soveltaa useissa erilaisissa organisaatioissa ja toiminnoissa. Ne tulkitaan kuitenkin erikseen kussakin käyttötilanteessa. Yleisen tason kriteeriä käytetään usein vertailuun. Siksi niiden tulee olla yleisesti hyväksyttyjä, täsmällisiä ja luotettavia, jotta vertailu olisi oikeudenmukainen ja luotettava.

Yleisiä laatukriteerejä ovat esimerkiksi uusintaleikkaukset, potilasvahingot, sairaalainfektiot, vanhusten toimintakyvyn muutokset, oikea hoito- tai asumismuoto.

Ongelmakohtaiset kriteerit antavat mahdollisuuden selvittää tietyn prosessin laatua ja siihen liittyviä rakenteellisia tekijöitä perusteellisemmin. Ne sopivat paremmin yksittäisten prosessien arviointiin.

Ongelmakohtaisia laatukriteerejä ovat esimerkiksi: viimeinen diastolinen verenpaine alle 90 mmHg, virtsan proteiiniseuranta, täysimetys lapsen ollessa 4 kk.

Voimavarojen kohdentamisen perustana yleiset, esimerkiksi elämän laatua kuvaavat mittarit, ovat käyttökelpoisempia kuin spesifit potilaskohtaiset tai diagnoosikohtaiset laatukriteerit (Cairns 1996).

2.2.4 Tulos-, prosessi- vai rakennekriteeri

Laatukriteerit voi myös luokitella niiden kuvaamien laadun *ulottuvuuksien* pohjalta Donabedianin (1996) esittämän jaottelun mukaan:

- *tulosta*, tilannetta hoidon tai palvelun jälkeen kuvaavat, esimerkiksi terveydentila, elämänlaatu
- *prosessia*, palvelun tai toiminnan aikaista tilannetta kuvaavat, esimerkiksi annettu hoito, hoitoon pääsy, hoidon kesto, hoidon sujuvuus, palvelujen varassa elävän arkielämän sujuvuus, mahdollisuus osallistua hoidon tai palvelun suunnitteluun
- *rakennetta*, palvelulle luotuja onnistumisen edellytyksiä kuvaavat, esimerkiksi henkilöstön määrä ja koulutustaso, tilat, rahoitus.

Tuloskriteerit soveltuvat seurattaviksi, kun on kyse pitkän ajan seurannasta tai riittävän suuresta arvioitavien joukosta. Tuloskriteerejä käytettäessä tulisi olla osoitettu, että kriteerin kuvaamaan lopputulokseen voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin. Tuloskriteerien seuraamista on pidetty tärkeimpänä, mutta Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan asiakkaat usein arvostavat prosessikriteerejä enemmän (Hibbard 1998).

Tuloskriteerejä ovat esimerkiksi elämänlaatu, potilastyytyväisyys, toimintakyky, työhön paluu.

Prosessikriteerejä kannattaa seurata, kun tähtäimenä on laadun kehittäminen ja arviointi on tehtävä lyhyessä ajassa. Prosessikriteerien seuranta on välttämätöntä, kun halutaan kehittää ongelmallista toimintaa ja löytää syitä laadun heikkouksille. Prosessin laatu vaikuttaa lopputulokseen ja tuloksen parantamiseksi on siksi muutettava prosessia. Prosessikriteeri on myös herkempi reagoimaan ongelmiin, sillä lopputulos ei aina huonone, vaikka prosessissa olisikin heikkouksia. Prosessikriteerejä voidaan myös käyttää korvaamaan tuloskriteerejä, mikäli on tutkimusnäyttöä siitä, että prosessikriteerien toteutuminen lisää merkittävästi hyvän lopputuloksen mahdollisuutta.

Prosessikriteerejä ovat esimerkiksi hoitoajan pituus, hoitosuosituksen mukainen lääkitys, ennakoimaton paluu sairaalaan.

Rakennekriteerit kuvaavat hyvän laadun toteuttamiseksi tarvittavia edellytyksiä. Rakennetekijöiden osuutta prosessin tai lopputuloksen ongelmiin tulee myös arvioida, kun toiminnassa on todettu ongelmia ja etsitään niiden syitä.

Rakennekriteerejäkin voidaan seurata viitteenä lopputuloksesta, mikäli tutkimukseen tai kokemukseen perustuen tunnetaan niiden yhteys lopputulokseen.

Rakennekriteereitä ovat esimerkiksi henkilöstön määrä, henkilöstön koulutustaso, taloudellisia voimavaroja, tiloja ja laitteita koskevat laatukriteerit.

2.3 Vaatimuksia laatukriteereille ja -indikaattoreille

Laatukriteereille asetettuihin vaatimuksiin vaikuttaa, millä tasolla niitä käytetään: kansainvälisellä, valtakunnallisella, alueellisella, paikallisella vai työryhmän tasolla, vai onko niiden käyttäjänä asiakas.

Laatukriteerin tulee olla

- pätevä
- luotettava
- helposti mitattavissa
- siihen tulee voida vaikuttaa arvioitavan toiminnon keinoin
- herkkä
- hyväksytty
- ei manipuloitavissa

Laatukriteerin tulee kuvata sitä, mitä se on tarkoitettu kuvaamaan, eli sen ja sille valitun mittausmenetelmän tulee olla *päteviä* (valideja). Laatukriteerin tulisi perustua tutkittuun tietoon tai kyseisen palvelun asiantuntijoiden kokemukseen perustuvaan yhteiseen mielipiteeseen.

Laatukriteerin tulee kuvata tavoitetta, johon voidaan vaikuttaa arvioitavan toiminnan keinoin. Ulkoiset tekijät eivät saisi vaikuttaa merkittävästi kuvattavan toiminnan laadun tasoon (esim. asiakkaiden hoidon tarpeen erilaisuus, koulutetun henkilöstön saanti).

Laatukriteerin avulla tulee voida erottaa hyvä laatu huonosta luotettavasti eli sen tulee olla *herkkä*. Erityisesti vertailuun käytettävien laatukriteerien mittaustulosten tulee olla *luotettavia* (reliable). Mittaustulos ei saa olla helposti manipuloitavissa esimerkiksi siten, että rekisteröidään tietoja tarkoitushakuisesti tai ohjataan toimintaa väärin perustein suuntaan, joka kaunistaa seurantatietoja.

Laatukriteerien tulee olla niitä soveltavien ja palvelujen käyttäjien hyväksymiä. Ne tulee kehittää useita näkökantoja edustavien toimijoiden kesken ja yhdessä käyttäjien kanssa. Laatukriteerien kehittäminen tarvitsee riittävät voimavarat ja niiden toimivuutta on syytä seurata.

Laatukriteerien avulla voidaan pyrkiä saamaan kokonaiskuva valtakunnallisesta tai organisaation toiminnasta tai kuva tietystä yksittäisestä toiminnasta. Kun halutaan *laatukriteeristön* kuvaavan organisaatiota tai toimintoa kokonaisuutena, kriteeristön tulee kuvata toiminnan laatua eri näkökulmista ja ulottuvuuksista tasapainoisesti. Laatukriteeristön tulisi kattaa

- olennaisten palvelujen toteutuminen ja niiden saavutettavuus, vaikuttavuus, hyväksyttävyys, kustannustehokkuus ja toteutumisen tasa-arvo
- asiakkaan, asiantuntijan ja organisaation näkökulma
- rakenteen, prosessin ja tuloksen laatu.

Laatukriteerin toteutumisen tulee olla helposti mitattavissa. Tiedon tulisi mielellään olla saatavissa olemassa olevista tilastoista tai rekistereistä. Näin erityisesti, jos laatukriteeri on tarkoitettu jatkuvaan käyttöön ja sitä käytetään valtakunnallisesti. Otostyyppisesti voidaan oman työn kehittämisen pohjaksi kerätä erityistietoa työn tavoitteen ja laadun toteutumisesta. Tällöinkin tietojen tulee mielellään olla helposti normaalin työn ohessa rekisteröitävissä.

Mittaustuloksia tulee olla riittävä määrä, jotta voidaan arvioida onko mahdollinen muutos tai ero merkitsevä. Esimerkiksi potilaiden hoitoon liittyviä tekijöitä mitattaessa nyrkkisääntö on noin 200 potilasta, tai kaikki potilaat tai asiakkaat tietyltä ajanjaksolta.

Kerralla seurattavia laatukriteerejä ei ole syytä valita liikaa. Liian suurta joukkoa on vaikea käsitellä ja joukosta saattaa nousta jokin epäoleellinen kriteeri merkitsevimmäksi.

3 Laatukriteerien käyttötarkoitukset

"Ei ole mahdollista oppia mittaamatta, mutta on mahdollista – ja hyvin tuhlailevaa - mitata oppimatta."
Berwick

Laadunhallinta ja sen pohjana oleva arviointi kuuluu kaikkeen terveydenhuollon toimintaan. Potilaiden, asiakkaiden, maksajien, terveydenhuollon työntekijöiden ja johdon on tärkeä tietää toiminnan laadun taso. Laadun seuranta on myös tärkeä oppimisen menetelmä.

Laadunarvioinnissa verrataan toteutunutta toimintaa asetettuihin laatutavoitteisiin niille määriteltyjen laatukriteerien avulla. Arvioinnin avulla tunnistetaan mahdollisuuksia toiminnan parantamiseksi. Asiakkaiden tyytyväisyyttä, hyvän ammatillisen työn toteutumista, toiminnan vaikutusta terveyteen ja palvelujen tasarvoista toteutumista on seurattava, jotta tiedetään täytetäänkö asiakkaiden tarpeet ja toiminnan muut perustavoitteet. Kustannustehokkuus ja voimavarojen oikea suuntaaminen on myös osa palvelujen laatua. On tarpeen osoittaa ja varmistaa, että niukat käytettävissä olevat voimavarat suunnataan vaikuttaviin ja kustannusvaikuttaviin toimintoihin ja prosesseihin.

Yhteenvetoa laatukriteerien käyttötarkoituksesta ja laatukriteereille asetetuista vaatimuksista on yhteenvetotaulukon muodossa liitteessä 1.

3.1 Kenen ja mihin käyttöön

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja yleisesti hyvinvointipalvelujen ketjussa on monia osallistujia. Nämä painottavat laadussa eri asioita ja ovat vastuussa eri ulottuvuuksista toimintojen suunnittelussa ja laadunhallinnassa. Palvelujen käyttäjät, tuottajat, rahoittajat ja valvojat korostavat eri laatukriteerejä ja siten tarvitsevat erityyppistä tietoa palvelujen laadusta.

Mihin laatukriteereitä asiakastasolla

- Palvelujen saatavuuden arviointi
- Palvelujen antajan palvelukyvyn arviointi
- Palvelujen antajan ammatillisen laadun arviointi
- Kustannusten arviointi

Asiakas on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Laatukriteerit tulisi määrittää asiakkaan näkökulmasta kuulemalla heidän kokemuksiaan ja ottamalla heidät mukaan laatukriteerien laadintaan kaikilla tasoilla. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta että hyvää

ammattillista laatua. Asiakkaan näkökulma ei siis kohdistu pelkästään kokemukselliseen laatuun.

Asiakas on myös laadunarvioinnin tulosten käyttäjä. Potilaat ja asiakkaat tarvitsevat ja haluavat nykyisin yhä useammin näyttöä palvelujen tuottajien laadusta tehdessään palvelujen käyttöä koskevia päätöksiä ja valintoja.

Mihin laatuksiteereitä työryhmän tai työntekijän tasolla

- Oman työn tulosten ja tavoitteiden toteutumisen seuranta
- Toiminnan kehittäminen
- Benchmarking, oppiminen
- Ulkopuoliset paineet

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat perinteisesti halunneet panostaa laadukkaaseen työhön ja ovat kiinnostuneita työnsä vaikuttavuuden selvittämisestä. Heille on myös tärkeää saada palautetta työnsä laadusta. Stakesin erikoissairaanhoidon laitoksiin tekemän kyselyn perusteella ammattieettiset syyt olivat yleisimmin laadunkehittämisen taustalla (Taipale ym. 1998). Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät ja työryhmät haluavat arvioida paitsi työnsä ammatillista laatua, tulosta ja vaikuttavuutta, myös palvelun sujuvuutta ja asiakastytytyväisyyttä.

Laadunhallinnan toteuttaminen edellyttää, että työntekijät keräävät järjestelmällisesti näyttöä oman työnsä laadusta. Tällaisen tiedon pohjalta voidaan tehdä korjaavia toimenpiteitä.

Mihin laatuksiteereitä organisaation tasolla

- Tavoitteiden toteutumisen seuranta
- Toiminnan vaikuttavuuden seuranta
- Toiminnan ohjaus
- Ongelmakohtien paikannus
- Toiminnan kehittäminen
- Tiedottaminen, markkinointi
- Voimavarojen jakaantumisen seuranta
- Porrastuksen toteutumisen seuranta
- Benchmarking, oppiminen
- Ulkopuoliset paineet

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden nykyaikaisessa johtamisessa korostuu tosiasioihin perustuva johtaminen (knowledge-management, management by facts). Organisaatiot tarvitsevat tietoa toiminnan vaikuttavuudesta, saatavuudesta, tehokkuudesta ja asiakastyytyväisyyden tilasta johtamisen ohjausvälineeksi. Lisäksi ne tarvitsevat palautetta siitä, miten ovat onnistuneet omassa tehtävässään. Tietoa omista saavutuksista tarvitaan myös, vertailuun muiden vastaavien organisaatioiden kanssa ja oppimiseen. Palvelujen toteuttamistapojen ja tulosten vaihtelun osoittaminen on tärkeä oppimisen lähde. Tiedon pohjalta voidaan myös viestiä asiakkaille laatutasosta. Voimavarojen niukkeneminen ja tarve käyttää ne tehokkaasti on ollut vauhdittamassa laadunhallinnan kehittämistä. Niukat voimavarat halutaan suunnata toimintoihin, joiden vaikuttavuus on korkea, ja laadunhallinnalla halutaan varmistaa, että tässä onnistutaan.

Mihin laatukriteereitä kuntatasolla

- Sosiaali- ja terveystieteiden linjausten toteutumisen seuranta
- Itse tuotettujen ja hankittavien palvelujen laadun seuranta
- Työnjaon ja palvelujen kohdentumisen (porrastuksen) toteutumisen seuranta
- Voimavarojen jakaantumisen seuranta
- Tasa-arvon ja väestön palvelutarpeen ja asiakaslähtöisyyden täyttymisen seuranta
- Hoidon ja palvelun sujuvuuden seuranta

Kunnat ovat pääasiallisia rahoittajia julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ne haluavat näyttöä oman terveyskeskuksen ja sosiaalipalvelujen sekä muiden niille sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien työn laadusta, asiakastyytyväisyydestä ja ammatillisesta laadusta. Lisäksi kunnat haluavat tietoa toimintojen sujuvuudesta, saatavuudesta ja kustannustehokkuudesta. Kunnat haluavat varmistua, että palvelut toteutuvat niiden omien sosiaali- ja terveystieteiden linjausten ja laatu politiikan tavoitteiden mukaisina, että voimavaroja käytetään oikein ja että kansalaisten tasa-arvo toteutuu peruspalveluiden saannissa. Arvioinnin kohteena on myös palvelujen toteutuminen väestön tarpeiden ja odotusten mukaisina, lakien ja suositusten sekä sovitun porrastuksen mukaisesti.

Kunnat ja muut palvelujen rahoittajat haluavat asettaa ostopalveluilleen laatukriteerejä ja niille vaatimustason, joka vastaa vähintään kunnan oman toiminnan laatutavoitteita. Ennen kuin ostettaville palveluille voidaan asettaa vaatimuksiksi laatukriteerejä, tulee kunnan siis määritellä tavoitteiden mukaiset laatukriteerit omille palveluilleen. Vasta muutamat kunnat ovat näin tehneet.

Monilla palvelujen ostajilla on omia ostettavien palvelujen laadulle asetettuja kriteerejä ja laatuvaatimuksia, esimerkiksi Kelalla (Kelan kuntoutusprosessin standardi. Versio 2/25.5.1997 ja Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi. Versio 1/20.10.1998)

Mihin laatukriteereitä valtakunnan tasolla

- Informaatio-ohjaus
- Sosiaali- ja terveystieteiden linjausten toteutumisen seuranta
- Peruspalveluiden saannin ja tasa-arvon toteutumisen seuranta
- Suositusten, lakien ja määräysten toteuttamisen seuranta
- Palvelurakenteen seuranta
- Hoitokäytäntöjen vaihtelun seuranta

Valtakunnan ja alueellisella tasolla halutaan laadunhallintaa edistää informaatio-ohjauksen avulla, ei lainsäädännöllä tai muulla sitovalla ohjauksella. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevista laeista ja määräyksistä löytyy kuitenkin runsaasti velvoitteita ja noudatettavia laatukriteerejä. Terveystieteidenhuoltoa koskevia kriteerejä on esimerkiksi laissa potilaan asemasta ja oikeuksista, kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, mielenterveyslaissa sekä sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevissa määräyksissä. Sosiaali- huoltoa ja sosiaalipalveluja koskevia kriteerejä on muun muassa sosiaali- huoltolaissa, laissa lasten päivähoidosta, laissa kehitysvammaisten erityishuollosta ja päihdehuoltolaissa. Laatukriteerejä sisältäviä suosituksia, ohjeita ja tavoitteita on lisäksi hallitusohjelmassa, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toiminta- ohjelmassa 2000-2003, Terveystieteidenhuolto 2000-luvulle toimeenpano-ohjelmassa ja valtakunnallisessa suosituksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Stakesin suosituksessa Laadunhallinta sosiaali- ja terveyden- huollossa (1995) on liitteessä 2 käsitelty laadunäkökohtia lainsäädännössä ja valtakunnallisessa ohjauksessa. Terveystieteidenhuollon laitteita ja tarvikkeita koskevia säädöksiä Euroopan tasolla on esitelty Lääkelaitoksen julkaisussa (Lääkelaitos 1996).

Kun normiohjaus on korvattu informaatio-ohjauksella, on arvioinnin avulla saatavasta tiedosta tullut tärkeä ohjauskeino. Valtakunnan tasolla seurataan sosiaali- ja terveystieteiden periaatteiden ja strategisten tavoitteiden toteutu- mista. Kiinnostus kohdistuu koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän laa- tuun. Hajautetussa palvelujärjestelmässä ja palvelujen tuottajapohjan laajetessa on tärkeä seurata palvelujärjestelmän toimivuutta, palvelujen saatavuutta, kansalaisten tasa-arvon toteutumista peruspalveluiden saannissa asuinpaikasta riippumatta, tasapuolisuutta ja palvelujen oikeaa kohdentumista. Valtakunnan tasolla seurataan myös alueellista vaihtelua voimavarojen käytössä ja hoitokäytännöissä sekä sitä, että palvelut toteutuvat väestön tarpeen, lakien ja suositusten mukaisesti. Valtakunnallisessa ja alueellisessa vertailussa laatukriteereiltä vaaditaan erityisen vahvasti, että ne perustuvat tutkittuun tietoon ja mittaavat samaa asiaa eri kunnissa ja eri palvelujen tuottajien toiminnassa.

4 Laatuksriteerit ja laadun mittaaminen

Pitkäjänteinen ja jatkuva laadun parantaminen ei onnistu ilman laadun seuranta ja mittaamista selkein, mieluiten helppokäyttöisin laatuksriteerein. On tärkeää pohtia, mihin toimintaan laatuksriteerejä luodaan ja miksi niitä tarvitaan sekä suunnitella, mistä tieto saadaan ja miten mittaustuloksia hyödynnetään. Houkuttelevaa olisi mitata sitä, mistä tieto on helposti saatavissa, mutta silloin jää ehkä huomiotta paljon tärkeää ja oleellista. Väärin kannusteiden mahdollisuus tulee myös ottaa huomioon. Tiedon keräämisestä aiheutuu kustannuksia, joten tiedon käyttö tulee suunnitella hyvin ennen sen keräämisen käynnistämistä. Mittaamista suunniteltaessa tulee siis kysyä miksi, mitä, miten ja milloin mittaamme ja miten hyödynnämme mittauksen tulokset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on, että jokainen asiakas saa korkeatasoisen, tieteelliseen näyttöön tai asiantuntija-arvioon pohjautuvan palvelun, joka on toteutettu voimavaroja järkevästi käyttäen. Ainoastaan seuraamalla ja mittaamalla voimme todeta, että näin tapahtuu. Seurannan avulla saadaan tietoa niistä toiminnan alueista, joissa on parantamisen tarvetta, ja miten jo toteutettu toiminnan kehittäminen on onnistunut. Seurannan tulosten pohjalta voidaan arvioida, ovatko edellytykset kunnossa myös tulevaisuutta ajatellen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla tarvitaan erilaisia laatuksriteerejä. Arvioinnin periaatteet ovat yleispätevät, mutta laatuksriteerit tulee valita kuhunkin tilanteeseen parhaiten sopiviksi. Keskeisiä toimintoja kuvaavat laatukspolitiikan ja strategian sekä palvelujen saannin tasa-arvoista toteutumista tukevat laatuksriteerit ovat tärkeimpiä. Kerättävä tieto valitaan siten, että se ohjaa hyödylliseen muutokseen.

Mittaustuloksia tarvitaan

- toiminnan onnistumisen arviointiin,
- päätöksenteon tueksi,
- ongelmien tunnistamiseksi,
- vertailuun muiden vastaavien organisaatioiden kanssa,
- vertailukehittämisen (benchmarking) ja oppimisen perustaksi,
- toiminnan ohjaamiseksi painoalueiden suuntaan,
- palautteen antamiseksi työn tekijöille,
- tiedottamiseen organisaatiosta ulospäin väestölle ja palvelujen käyttäjille,
- palvelujen laadun osoittamiseksi niiden ostajille,
- tehokkuuden seuraamiseksi,
- saumattomuuden toteutumisen seuraamiseksi.

4.1 Mitä ja miten seurataan

Laatukriteerit tulisi ensisijaisesti määrittää olosuhteille, toiminnoille tai palveluille, jotka

- koskevat suurta joukkoa palvelujen käyttäjiä tai ovat yleisiä
- joista voi koitua vaaraa asiakkaille, jos niiden laatu ei ole hyvä
- ovat aikaisemman selvityksen tai kokemuksen pohjalta osoittautuneet ongelmallisiksi
- ovat muuten ratkaisevassa asemassa tai kriittisiä.

Laatukriteerien avulla voidaan arvioida mm. palvelukykyä, asiakastyytyväisyyttä, henkilöstön riittävyttä ja sen tyytyväisyyttä, toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta, voimavarojen oikeaa käyttöä ja porrastuksen toteutumista.

Laadun määrittäjänä asiakas on avainasemassa. Kun asiakkaat otetaan mukaan päättämään, mitä toiminnoissa tulisi seurata, selviävät laadun avaintekijät asiakkaan kannalta. Asiakkaiden tyytyväisyyden seuraaminen ei yksistään kuitenkaan ole riittävä laadun seurantatapa – tarvitaan myös ammatillisia laadun kriteerejä, jotta saadaan kuva palvelun laadusta kokonaisuutena.

Samalla kun suunnitellaan toimintaa ja sovitaan sen tavoitteet, tulisi pohtia tavoitteiden seuranta. Tavoitellun laadun osatekijät voidaan kiteyttää laatukriteereiksi, joiden toteutumista ja kehitystä voidaan seurata, joitain jatkuvasti, toisia ajoittain. Seurattaviksi tulee valita keskeisiä toimintoja kuvaavia laatukriteerejä, koska valitut laatukriteerit myös ohjaavat toimintaa. Yksittäisten prosessien arvioinnin tulee myös liittyä koko organisaation laatupolitiikkaan ja muihin strategisiin painotuksiin.

Valitsemalla laatukriteerit ja -indikaattorit oikein voidaan niiden avulla siis ohjata toimintaa vision ja strategioiden suuntaan. Mitattavien tekijöiden määrittäminen lähtee toiminta-ajatuksen pohjalta sekä toimintaympäristön ja asiakkaiden analyysistä.

Kun käynnistetään *koko organisaatiotason* laadunhallinnan rakentaminen, voidaan käyttää tukena valmiita menetelmiä ja niihin liittyviä kriteereitä tai laatuvaatimuksia. Organisaatiot valitsevatkin usein laadunhallintansa tueksi jonkin menetelmän, jossa jo on valmis kriteeristö kuten ISO 9000 (Anttalainen 1999, Heikkilä 1999) ja King's Fund menettely (Idänpään-Heikkilä 1999) tai laajemmat periaatteet laadun arvioimiseksi kuten Suomen Laatupalkinto- perusteet (Väänänen 1999, Tuulonen 1999). Nykyisin sovelletaan myös strategisen johtamisen ja päätöksenteon tukena tasapainoista mittaristoa (Balanced Score Card-menettelyä). Siinä määritellään strategisesti tärkeät kriittiset menestystekijät, joissa on ehdottomasti onnistuttava, ja laaditaan näille arviointikriteerit ja mittaustavat, joilla todetaan kriittisen menestystekijän toteutuminen (Määttä ja Ojala 1999).

Valmiista menetelmistä voi olla apua, mutta on muistettava niiden erilaiset painotukset. Jokainen menetelmä ohjaa omien periaatteidensa ja lähtökohtiensa suuntaan. Niitä käytettäessä helposti korostuu ulkopuoliselle annettava näyttö ja laadunhallinnan ja seurannan kautta oppiminen jää varjoon. Valmiit menetelmät kattavat joka tapauksessa vain osan organisaation laadunhallinnasta. Kunkin organisaation omat tavoitteet ratkaisevat, otetaanko jokin valmis menetelmä käyttöön vai toteutetaanko laadunhallinnan rakentaminen omista lähtökohdista ilman ulkopuolista mallia, esimerkiksi laatujohtamisen (Total Quality Management, TQM) menetelmin.

4.2 Laatukriteerien valinta

Mistä laatukriteereitä	Mistä tieto
• Itse laatimalla	Tilastoista ja rekistereistä
• Kirjallisuudesta	Talous- ja toimintatilastoista
• Valmiista kriteeristöistä	Sairauskertomuksista
• Muilta oppimalla	Asiakaskyselyistä
	Tutkimus- ja kehittämis-
	projekteista
	Kokemuksia keräämällä

Laatukriteerien valinta ohjaa toimintaa tiettyyn suuntaan, minkä vuoksi seurattavien laatukriteerien valinta on tehtävä huolellisesti ja harkiten. Niiden valinta on jo osa arviointia. Täysin virheetöntä menettelyä ja täydellisiä laatukriteerejä tuskin voidaan luoda. On tärkeä tuntea laatukriteereihin liittyvät vahvuudet ja puutteet.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan sekä määrällisiä (kvantitatiivisia) että laadullisia (kvalitatiivisia) laatukriteerejä. Määrälliset mittaukset antavat yksiselitteistä tietoa. Määrällisen tiedon tulkinnessa on kuitenkin tunnettava niiden merkitys ja yhteys sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen hyvin ja muistettava niiden suuri ohjausvaikutus. Laadulliset menettelyt vastaavat miksi - kysymyksiin ja antavat asiakkaiden odotuksista ja tarpeista tietoa, jollaista numerot eivät voi antaa.

Laatukriteerin ja -indikaattorin valinnan ratkaisee kaksi tekijää: kuinka hyvin se kuvastaa oleellista piirrettä mitattavasta toiminnosta ja sen mittaamisen helppous. Ammatillista laatua (esimerkiksi bakteerilääkkeen valinta suosituksen mukaisesti) ja sujuvuutta (esimerkiksi jonotusajan pituus) kuvaavia laatukriteerejä voi löytyä toiminnan yhteydessä kerättävistä tiedoista atk-tiedostoista. Usein niitä joudutaan rekisteröimään otosluonteisesti jaksoittain (esimerkiksi mihin potilaat hakeutuvat verenpaineen mittausta varten) ja toistamaan määrävälein kehityksen seuraamiseksi.

Kun halutaan kokonaiskuva toiminnasta, tulee luoda laadukkaan organisaation ominaispiirteet kattava kriteeristö oleellisille toiminnoille. Kokonaiskuva arvioitaessa tulee laatukriteerien kattaa kaikki kolme näkökulmaa laatuun: asiakkaan, työntekijän ja johtamisen näkökulma. Erillisiä prosesseja arvioitaessa voi kriteerien joukko kuvata vain jotain kyseessä olevalle prosessille tärkeää laadun ulottuvuutta, esimerkiksi vain prosessin sujuvuutta tai asiakkaan tyytyväisyyttä tai ammatillista lopputulosta.

Työryhmä- tai työntekijäkohtainen laatukriteeri liittyy usein yksittäiseen tautiin tai asiakasryhmään. Se voidaan luoda paikallisesti tietyn toiminnon laadun kehittämiseksi. Prosessia tarkastellaan ensin moniammatillisessa ryhmässä. Prosessista etsitään oleelliset hyvän laadun piirteet tai ongelmakohdat ja valitaan niille laatukriteerit. Apuna tässä on osallistujien ammattitaito, kokemus ja kirjallisuus. Jos laatukriteeriä ei aiota mitata jatkuvasti, tarvitaan vain muutama mittauskerta, jolloin mittausmenettelykin voi olla hiukan työlämpi kuin jatkuvassa mittauksessa.

Laatukriteerien ja mittareiden kehittämistä työyhteisön tai yksittäisen työntekijän tasolla on kuvattu muun muassa julkaisuissa Seitsemän laatupolku (Outinen ym.1999) ja Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa (Lasso 1999) sekä Laadukas terveystyö (LATE) – projektin julkaisuissa (1997, 1998, 1999, 2000).

Jokaisessa organisaatiossa on myös valmiiksi kerättyä tietoa toiminnan laadusta. Rutiininomaisesti kerättävässä tiedossa on tavallisesti suuri määrä havaintoja, mutta tiedon laatu voi olla vaihtelevaa. Siitä voidaan kuitenkin muokata järjestelmälliseen käyttöön laatukriteerejä. On aina tarpeen selvittää, millaisia laatukriteerejä näistä rutiinisti seurattavista tiedoista saadaan. Laatukriteerejä suunniteltaessa saadaan kokemusta siitä, miten tietojärjestelmiä voidaan suunnitella niin, että laatua kuvaavan tiedon saanti helpottuu.

Monille alueille, esimerkiksi elämänlaadun tai asiakastyytyväisyyden seurantaan, on olemassa myös valmiiksi validoituja mittareita (esim. 15-D, Stakesin asiakastyytyväisyyslomakkeet). Yleisten asiakastyytyväisyysmittarien avulla saa viitteitä siitä, mitä vaihetta toimintaprosessissa tulee kehittää. Tulosten saannin jälkeen tulee tarkemmin selvittää, mikä palvelun piirre vaatii parantamista. Parantamisen kohteen voi löytää yhteisesti pohtimalla käyttäen apuna esimerkiksi syy-seurauskaaviota ja prosessin kuvausta.

Yleisiä, yhteisesti käytettyjä asiakastyytyväisyysmittareita käytettäessä voidaan tehdä vertailua muihin yksiköihin tai seurata omaa kehitystä aikasarjana. Tiettyä ongelmaa kartoitettaessa voidaan joutua laatimaan oma asiakaskyselymittari, jotta saadaan pohjaa kehittämistyölle. Itse kehitellyt mittarit tulisi myös validoida. Laatukriteereitä voi etsiä myös muiden vastaavien organisaatioiden kehittämistyöstä. Sellaisia voi löytyä tutustumiskäynneillä tai perehtymällä kirjallisuuteen. Muualta löydettyjä laatukriteereistä selvitetään, miten niiden luotettavuus on osoitettu ja arvioidaan, miten ne sopivat omien tavoitteiden kuvaamiseen. Laatukriteerien käytön ratkaisee lähteiden luotettavuus ja kriteerien käyttötarkoitus.

Valtakunnallisista rekistereistä ja tilastoista löytyy indikaattoreita joko suoraan tai muokkaamalla. Laatukriteereitä ja niiden toteutumista kuvaavaa tietoa voi myös syntyä tutkimusprojekteissa ja selvityksissä. Hankkeissa kehitettyjen laatukriteerien pohjalta voidaan suunnitella toistuvia mittauksia omiin tietojärjestelmiin.

Kehittämistyön kannustimeksi laatukriteerille voidaan asettaa tavoitetaso: joko optimitaso, johon pyritään, minimi- ja maksimitaso tai hyväksytty vaihteluväli. Tavoitetaso tulee asettaa haastavaksi, mutta kuitenkin mahdolliseksi saavuttaa.

4.3 Milloin mittaisimme

Toiminnan avainalueiden laatukriteereitä on hyvä seurata vuosittain organisaation kaikissa yksiköissä. Seurattavista laatukriteereistä sovitaan vuosisuunnittelun yhteydessä ja tulokset raportoidaan "laatuvuosikertomuksena" toiminnan raportoinnin yhteydessä. Jokainen vastuuyksikkö tai työryhmä voi lisäksi sopia omien erityispiirteidensä perusteella lisäksi omia laatukriteereitensä.

Laatukriteerien määrittäminen ja niiden mittaaminen kuuluvat myös toiminnan kehittämisen yhteyteen. Kun toimintaan näyttää liittyvän ongelmia, kartoitetaan ensin mittaamalla, onko ongelma todellinen sekä ongelman laajuus ja merkittävyys. Mittaamalla selvitetään myös ongelman mahdollisia syitä analysoimalla prosessia ja rakenteita. Mittaustulosten pohjalta päätetään kehittämistoimenpiteistä. Kehittämistyön tulosta seurataan ja arvioidaan mittaamalla samoja laatukriteerejä käyttäen uudelleen.

Hyvän seurantatavan ominaispiirteitä on koottu seuraavaan taulukkoon (Øvretveit 1993).

Hyvä seurantatapa

- kiinnittää työntekijöiden huomion muutamaan tärkeään laatukriteeriin, joihin he voivat vaikuttaa
- tuottaa säännöllistä palautetta kaikissa organisaation toiminnoissa työskenteleville työntekijöille, jotta he voivat palautetiedon pohjalta kehittää toimintaansa
- vie vähän henkilöstön aikaa tietojen keräämiseen ja käyttää valmiiksi kerättyä tietoa
- johtaa huomion sellaisiin palvelun osiin, joita täytyy muuttaa tai parantaa
- liittyy henkilöstön palkitsemismenettelyihin
- käsittää asiakkaan, ammatillisen ja johtamisen laadun kriteerejä ja mittausmenettelyjä, samoin rakenteen, prosessin ja tuloksen mittareita tasapainoisesti toiminnan kannalta
- mittaa toimintastrategian kannalta tärkeitä tekijöitä.

Hyvää seurantatapaa

- arvioidaan ja kehitetään henkilöstön osallistuessa
- arvioidaan ja muutetaan toimintaympäristön muutoksen mukana.

4.4 Organisaatioiden tai alueiden välinen vertailu

Organisaatioiden ja alueiden välistä vaihtelua tulisi ensisijaisesti tarkastella oppimisen kannalta. Vertailuun käytettävälle laatuksiteereille asetetaan erityisvaatimuksia.

Vertailuun käytettävä laatuksiteeri

- kuvaa tärkeää tavoitetta, johon voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin
- on tarkka ja luotettava
- on toimijoiden hyväksymä
- on vertailukelpoinen eri alueiden ja tuottajien välillä
- sitä kuvaava tieto on saatavissa ilman erillisrekisteröintiä
- ei ole manipuloitavissa.

Kirjallisuudessa on keskusteltu paljon työsuoritusta (performance) kuvaavien indikaattorien käytöstä organisaatioiden välisessä vertailussa ja käyttöön liittyvistä ongelmista sosiaali- ja terveydenhuollossa (Long ym. 1993, Boyce 1996, Palmer 1998). Työsuoritusta kuvaavien indikaattorien käyttöä jotkut pitävät välttämättömänä, joidenkin mielestä ne taas ovat karkeita ja jopa vaarallisia laatumittareita ja voivat ohjata toiminnassa painopisteen väärään suuntaan (Davies ja Lampel 1998).

Työsuoritusta kuvaavina kriteereinä on käytetty mm. hoitoaikoja, jonotusaikoja, odotusaikoja, sairaalakuolleisuutta ja hoitoepisodin kustannuksia kuvaavia kriteereitä.

Mikäli tuloskriteerejä julkistetaan esimerkiksi vertailun tekemiseksi sairaaloiden välillä, olisi pohdittava, minkä verran erot voivat johtua sattumasta tai rakenteellisista selittävistä tekijöistä kuten esimerkiksi työntekijäpulasta tai eroista potilaiden ongelmien vaikeusasteesta tai asiakkaiden palvelutarpeesta. Kriteereihin liittyvät mahdolliset heikkoudet tulee tuntea tarkasti. Tällaisen laatuksiteerin tulisi perustua tutkittuun tietoon ja tarkoin tunnettuihin tietolähteisiin.

Työsuoritusta kuvaamaan on käytetty sekä prosessi- että lopputulosindikaattoreita. Painopiste on viime aikoina ollut lopputulosta (outcome) kuvaavien indikaattorien käytössä. Tulosindikaattorien vertailukäyttöön liittyy ongelmia. Tulos on sosiaali- ja terveydenhuollossa monen tekijän aikaansaama eikä arvioitava prosessi aina vaikutakaan oleellisesti lopputulokseen. Prosessin lopputuloksen laatu riippuu paljon asiakkaiden tilanteesta ennen palvelua: ongelmallisempien asiakkaiden kohdalla lopputulos saattaa olla samalla ja yhtä laadukkaalla toimenpiteellä

huonompi kuin lievästi ongelmaisten. Lopputulokseen voivat lisäksi vaikuttaa monet ulkoiset tai rakenteelliset tekijät, joihin palvelujenantaja ei voi vaikuttaa,

kuten etäisyydet tai erityistyöntekijöiden saatavuus. Lopputuloksen samankaltaisuus ei toisaalta takaa myöskään, että palveluprosessit sujuisivat yhtä hyvin. Työsuoritusta kuvaavien indikaattorien arvioimiseksi on kehitetty malleja ja mittareita, joiden avulla voi tarkastella valitsemiensa indikaattorien hyödyllisyyttä ja luotettavuutta vertailukäytössä (mm. Turpin ym. 1996, McGlynn (1998).

4.5 Tukea jatkotyölle

Laatukriteerien laadinta voi tuntua ohjeista huolimatta käytännössä vaikealta. Laatukriteerien laadinta on kuitenkin oleellinen osa järjestelmällistä tapaa kehittää työtä. Laatukriteerejä laatimalla voi samalla vaikuttaa omaan työhönsä ja sitä kautta auttaa jaksamaan paremmin työssä. Laatukriteerien laadinta myös motivoi työssä oppimiseen ja jatkuvaan työn kehittämiseen.

Laatukriteerien laadinta on siis palkitsevaa, joten rohkeasti liikkeelle omaa työtä arvioimaan. Liitteeseen 2 on koottu joitain esimerkkejä, joista voi saada tukea laatukriteerien kehittämiseksi

Kirjallisuutta

Anttalainen E. (1999) ISO 9000-laatujärjestelmä. Kirjassa: *Lääkäri ja laatu*. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.

Berwick DM. (1998) The NHS: feeling well and thriving at 75. *BMJ* 317:57-61.

Boyce N. (1996) Using outcome data to measure quality in health care. *International Journal for Quality in Health Care* 8:101-104.

Cairns J. (1996) Measuring health outcomes. *BMJ*;313:6.

Davies HTO, Lampel J.(1998) Trust in performance indicators? *Quality in Health Care* 7:159-162.

Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44(3):Suppl:166-206.

Donabedian A (1982) *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.II. The criteria and standards of quality. Health Administration Press, Ann Arbor.

Donabedian A.- (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260:1743.

Finne-Soveri UH. (1999) Pitkäaikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. *Duodecim* 115:1600-1610.

Harris H. (1998) *Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattorit Stakesissa*. Tilastot ja rekisterit – yksikkö, Stakes, Helsinki.

Heikkilä J. (1999) Kohti laatukäsikirjaa - ISO 9000 käytännössä. Kirjassa: *Lääkäri ja laatu*. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.

Helin A, Mäkelä M., Outinen M, Hinkkanen S. (1998) Uusi valtakunnallinen vertalumittari: yleislääkärin vastaanoton laatu. *Suomen Lääkärilehti* 53:2081-2086.

Helsingin laitospalvelun työryhmä. (1997) *Ehdotus vanhusten laitoshoidon laatukriteereiksi Helsingissä*. Sosiaalivirasto, Helsinki.

Helsingin terveystoimisto (1995) *Laatumittaus terveystoimistossa 1994*. Terveystoimisto, Helsinki.

Hibbard JH. (1998) Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *International Journal of Quality in Health Care* 10:503-508.

HILMO. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus, -määrittelyt, -ohjeistot (1994). *Stakes: Ohjeita ja luokituksia* 1994:1.

Holma T. (1997) *ITE. Menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Hujala E, Parrila S, Lindberg P, Nivala V, Tauriainen V, Vartiainen P. (1999) *Laadunhallinta varhaiskasvatuksessa*. Oulun yliopisto, Varhaiskasvatuskeskus, Oulun yliopistopaino, Oulu.

Huuskonen J, Ijäs N, Lehtoranta O. (1997) *Julkisten palvelujen laadunarviointi*. Arviointikehikko ja näkökulma. Tilastokeskus, Helsinki.

Idänpään-Heikkilä U. (1999) King's Fund menetelmään perustuva palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelma ja auditointi. Kirjassa: *Lääkäri ja laatu*. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.

Kazandjian VA, Wood P, Lawthers J. (1994) Balancing science and practice in indicator development: the Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project. *The International Journal for Quality in Health Care* No 4:39-46.

Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa palveluissa (1998). Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1995). Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Helsinki: Stakes.

Lasso-projekti (1999) *Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa. Toimintamalleja ja työvälineitä laatutyöhön*. Toim. Tupu Holma, Eevaliisa Virnes. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

LATE (laadukas terveystakeskus). (1997, 1998, 1999) *Laatuveneet vesillä*. LATE – laadukasterveyskeskuksen vuosiraportti II – IV. Kuntakoulutus Oy, Stakes.

Lehtinen N, Nordblad A, Rönnerberg K, Outinen M. (1999) *Laatupurema. Selvitys suun terveydenhuollon laadunhallinnasta terveystakeskuksissa 1998*. Aiheita 34/1999. Stakes, Helsinki.

Linna M. (1999) Erikoissairaanhoidon tuottavuus alueellisesta näkökulmasta. *Sairaala* 10:6-8.

Long AF, Dixon P, Hall R, Carr-Hill RA, Sheldon TA. (1993) The outcomes agenda: contribution of the UK clearing house on health outcomes. *Quality in Health Care* 2:49-52.

Läkelaitos (1996). *Terveydenhuollon laitteita ja tarvittavia koskevat säädökset yhdyntävät Euroopassa*. Helsinki.

Läkelintöhallitus (1988). *Äitiyshuolto terveystakeskuksissa*. Läkelintöhallituksen julkaisuja nro 33. Helsinki.

McColl A, Roderick P, Gabbay J, Ferris G. (1998) What do health authorities think of population based health outcome indicators? *Quality in Health Care* 7:90-97.

McGlynn EA. (1998) The outcomes utility index: will outcomes data tell us what we want to know? *International Journal of Quality in Health Care* 10:485-490.

Mäkelä M. (1991) Terveysthuollon tulostittarit. *Suomen Lääkärilehti* 46:2746-2750.

Määttä S, Ojala T. (1999) *Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Score Card*. Hallinnon kehittämiskeskus. Edita, Helsinki

ORATEL – Telematic System for Quality Assurance on Oral Health Care (1992). Manual on quality assurance indicators in oral health care. *CEC Project A2029*.

Outinen M, Lampinen K, Holma T, Haverinen R. (1999) *Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Palmer RH. (1998) Using health outcomes data to compare plans, networks and providers. *International Journal for Quality in Health Care* 10:477-483.

Peiponen A, Brommels M, Kupiainen O. (1996) Vakioitu potilastyytyväisyyden mittari. *Suomen Lääkärilehti* 51:2042-2048.

Poikajärvi K. (1998) *Seksuaalipalvelut puntarissa: onko neuvolajärjestelmää uudistettava?* Stakes, Helsinki.

SFS-ISO 8402 (1988) *Laatusanasto*. Suomen Standardoimisliitto, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Kuntaliitto (1999) *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle*. Valtakunnallinen suositus. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1998) *Terveysthuolto 2000-luvulle*. Terveysthuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Oppaita 1998:5, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1999) *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003*. Helsinki.

Soveri P, Sairanen S, Voutilainen P, Karonen J, Mäkelä M. (1995) Laadukkaan terveyskeskuksen indikaattoreita kehitellään. *Suomen Lääkärilehti* 50:1531.

Spri (1996) *Värksamhetsuppföljning inom sårkilda boendeformer*. Spri rapport 418. Spri förlag, Stockholm.

Spri (1997) *Kvalitetsindikatorer i psykiatrisk verksamhet. Erfarenheter från ett nationellt projekt*. Spri rapport 445. Spris förlag, Stockholm.

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiysthuollon asiantuntijaryhmä (1995) *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiysthuollossa*, suositukset. Stakes Oppaita 27.

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiysthuollon asiantuntijaryhmä (1999) Kirsi Viisainen (toim.): *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiysthuollossa, suositukset 1999*. Stakes Oppaita 34. Jyväskylä, 1999.

Taipale E, Outinen M, Mäkelä M (1998) *Missä mennään erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa 1997?* Aiheita 16/1998, Stakes, Helsinki.

Turpin RS, Darcy LA, Koss R. ym (1996) A model to assess the usefulness of performance indicators. *International Journal for Quality in Health Care* 8:321-329.

Tuulonen A. (1999) Laatupalkintokriteerit toiminnan kehittämisessä. Kirjassa: *Lääkäri ja laatu*. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.

Vaarama M, Kainulainen S, Perälä ML, Sinervo T. (1999) *Vanhusten laitoshoidon tila: Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu*. Aiheita 46/1999. STAKES, Helsinki.

VENLA-työryhmä. *Psykiatrisen sairaanhoidon laatu*. Aiheita 12/1995. STAKES, Helsinki.

Vuori H. (1992) *Terveystieteiden laadunvarmistus* Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki.

Väänänen H. (1999) Tavoitteena erinomaisuus - Suomen laatupalkinnon arviointiperusteet kehitystyökaluna . Kirjassa: *Lääkäri ja laatu*. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.

Øvretveit J (1992) *Health Service Quality. an introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. Ss. 2-5, 90-112.

Øvretveit J. (1993) *Measuring service quality*. Aylesbury: Technical Communications Publications Ltd.

YHTIENNETOTALUUKKO

Liite 1

<i>Laadukriteerien käyttötarkoituus</i>		<i>Vaatimuksia laadukriteereille</i>	<i>Tietolähteitä</i>
<i>Valtakunnan taso</i>	Informaatio-ohjaus	Kuvaa tärkeää tavoitetta, johon voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin	Valtakunnalliset rekisterit ja tilastot
	Terveyspoliittisten linjausten toteutumisen seuranta	Pätevä	Tutkimus- ja selvitysprojektien raportit
	Peruspalveluiden saannin ja tasa-arvon toteutumisen seuranta	Riittävän herkkä	Tuottajien omat tilastot
	Suosittelusten, lakien ja määräysten toteuttamisen seuranta	Vertailukelpoinen eri alueiden ja tuottajien kesken	
	Palvelurakenteen seuranta	Ei liian monia jatkuvasti seurattaviksi	
	Hoitoikäntöjen vaihtelunseuranta	Saatavissa olemassa olevista tiedostoista	
<i>Kuntataso</i>	Terveyspoliittisten linjausten toteutumisen seuranta	Kuvaa tärkeää tavoitetta, johon voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin	Valtakunnalliset tilastot, rekisterit
	Omien ja hankittavien palvelujen laadun seuranta	Pätevä	Omat tietokannat
	Portastuksen/sujuvuuden toteutumisen seuranta	Luotettava	Tuottajien vuosikertomukset ja tilastot
	Voimavarojen jakautumisen seuranta	Riittävän herkkä	Tuottajien asiakaskyselyjen ja muun laadunseurannan tulokset
	Tasa-arvon toteutumisen seuranta		
	Hoidon sujuvuuden seuranta		
<i>Organisaatiotaso</i>	Asetettujen tavoitteiden toteutumisen seuranta	Kuvaa tavoitetta, johon voidaan vaikuttaa organisaation keinoin	Valtakunnalliset rekisterit ja tilastot
	Toiminnan vaikuttavuuden seuranta	Pätevä, luotettava, herkkä	Omat tiedostot (sairauskertomukset, talous- ja toimintatilastot)
	Toiminnan ohjaus	Ei liian monia jatkuvaan seurantaan	Asiakaskyselyt ja selvitykset
	Ongelmakehityksen paikannut	Benchmarkingiin käytettävien vertailukelpoisia	Tutkimus- ja kehittämisprojektit

	<p>Toiminnan kehittäminen</p> <p>Tiedottaminen, markkinointi</p> <p>Voimavarojen jakautumisen seuranta</p> <p>Porastuksen toteutumisen seuranta</p> <p>Benchmarking, oppiminen</p> <p>Ulkopuoliset paineet</p>	<p>Koko organisaation laatua kuvaavan laatukriteeristön tulee olla kattava:</p> <p>Tulos, prosessi, rakenne</p> <p>Asiakas-, ammatillinen ja organisaatiolaatu</p>	
<p>Tiimi/työntekijätaso</p>	<p>Oman työn tulosten ja tavoitteiden toteutumisen seuranta</p> <p>Ongelmakohtien paikannus</p> <p>Toiminnan kehittäminen</p> <p>Benchmarking</p> <p>Ulkopuoliset paineet</p>	<p>Kuvaa keskeisiä tai ongelmalliseksi osoittautunutta toimintaa</p> <p>Pätevä, luotettava, herkkä</p>	<p>Valtakunnalliset ja oman organisaation rekisterit ja tilastot</p> <p>Oma seuranta ja selvitystyö</p> <p>Tutkimus- ja kehittämisprojektit</p>
<p>Asiakas</p>	<p>Palvelujen saatavuuden arviointi</p> <p>Palvelujen tuottajan palvelukyvyn arviointi</p> <p>Palvelujen tuottajan ammatillisen laadun arviointi</p> <p>Kustannusten arviointi</p> <p>Palvelujen tuottajan valinta</p>	<p>Määritely asiakaslähtöisesti</p> <p>Pätevä, herkkä, luotettava</p> <p>Vertailukelpoinen eri tuottajien kesken</p>	<p>Toimintakertomukset</p> <p>Organisaatioiden informaatiojulkaisut ja tiedottaminen</p> <p>Valtakunnalliset tilastot</p>

Laatukriteerien ja indikaattorien lähteitä

Tässä luvussa on lueteltu joitain lähteitä, joista voi saada tukea laatukriteereitä pohdittaessa. Osa esimerkeistä on vain viitteinä mukana, osa on kuvattu lyhyesti. Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmän laatukriteerityö on kuvattu luvun lopussa.

Tilastoja ja rekistereitä

Valtakunnalliset tilastot ja rekisterit ovat tapa systematisoida sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja tulosten dokumentointia. Niissä olevien tietojen avulla voidaan helpottaa sekä valtakunnallisen että paikallisen tason laadunhallintaa. Niistä löytyy tietoja mm. terveydestä, palveluista ja henkilöstöstä. Tiedot voidaan eritellä esimerkiksi ikäryhmien tai alueiden tasolla. Yksilötason tietojen saantiin vaaditaan erityinen lupa.

Stakesin ylläpitämistä *HILMO* (hoitoilmoitusrekisteri), *SOTKA* (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta) ja *Netti- ja TeemaHilmo* (www.info.stakes.fi/) -tiedostoista löytyy indikaattoreita, joiden avulla voidaan tarkastella toiminnan laadun tasoa.

SOTKA-tilastotietokanta sisältää kuntia kuvaavia, lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon panoksia ja tuotoksia kuvaavia indikaattoreita. SOTKA:n rinnalla on kuntatason käyttöön kehitetty Stakesin kuntatilastot - julkaisu, joka on kuntakohtainen tietopaketti. Sen avulla kunnat saattavat verrata omaa väestöään, talouttaan ja palvelurakennettaan koko maan ja maakunnan vastaaviin. Näistä indikaattoreita löytyy suoraan suhteutettuina ikäryhmiin, väestöön tai joihinkin muihin palvelun tarvetta kuvaaviin tekijöihin. Tilastoista ja rekistereistä löytyvistä tiedoista voi myös itse kehittää suhteutettuja indikaattoreita. (Lisätietoja: Esa Arajärvi, StakesTieto).

Muita Stakesin tilastoja ja rekistereitä, joista voi saada vertailutietoa, ovat mm. rekisteri kunnallisesta henkilöstöstä, syntymärekisteri, epämuodostumarekisteri ja raskaudenkeskeyttämis- ja sterilointirekisteri. Tilastotietoja ja rekisteritietoja löytyy lisäksi Kuntaliitolta (mm. kuntien henkilöstöstä, taloudesta, sairaalatilastoja; www.kuntaliitto.fi), Syöpäyhdistykseltä (Suomen syöpärekisteri; www.cancer.fi), Tilastokeskukselta (www.stat.fi) ja Kansanterveyslaitokselta (mm. tartuntatautirekisteri, tietoja sydän- ja verisuonisairauksia käsittelevistä rekistereistä; www.ktl.fi).

Hoitotoiminnan tuottavuus (Benchmarking) - hankkeessa on kehitetty erikoissairaanhoidon suoritteita ja hoitoprosessia kuvaavia panos- ja tuotosmittoja ja varmistettu niiden vertailukelpoisuutta sekä sairaanhoitopiiri- että aluetasolla (Linna 1999). Siinä ovat aineistoina 19 sairaanhoitopiirin avo- ja vuodeosastojen toimintatiedot hoitopisodi- ja NordDRG-pohjaisina. Kokeilujen perusteella mittareissa saavutettiin riittävä tarkkuus kehittämistoimenpiteiden kohdistamiseksi oikeille alueille. (Lisätietoja: Unto Häkkinen, Stakes).

Laatukriteeriprojekteja ja muita lähteitä

Terveydenhuolto

Yleisiä

Stakes tarjoaa terveystakeseoksille ja sairaaloille palvelua, jonka avulla ne voivat saada *asiakaspalautetta* toiminnastaan. Validoituun lomakkeistoon kuuluvat vuodeosaston, sairaalan poliklinikan, yleislääkärin vastaanoton ja terveystakesen laatua arvioivat kyselylomakkeet. Tulokset tallennetaan ja analysoidaan Stakesissa. Käyttäjä saa omien tulostensa lisäksi käyttöönsä vertailuaineiston, joka on kertynyt kaikista mittaristoa käyttäneistä terveystakeseoksista (Lisätietoja: Salla Sainio, Stakes). Kts. Myös Peiponen A, Brommels M, Kupiainen O. (1996) Vakioitu potilastytytyväsyyden mittari. *Suomen Lääkärilehti* 51:2042-2048; Helin A, Mäkelä M, Outinen M, Hinkkanen S. (1998) Uusi valtakunnallinen vertailumittari: yleislääkärin vastaanoton laatu. *Suomen Lääkärilehti* 53:2081-2086.

Lääkäriseura Duodecimin *Käypä hoito*-projektissa laaditaan hoitosuosituksen yhteyteen myös laatukriteerejä. Lisätietoja projektista ja toteutuneista ja tekeillä olevista hoitosuosituksista löytyy osoitteesta www.duodecim.fi/kh/.

Terveyttä kaikille 21 – ohjelma on valmisteilla. Se suuntautuu aikajaksolle 15 vuotta eteenpäin. Ohjelma painottaa terveyden edistämistä ja sitä, miten koko palvelujärjestelmän, terveydenhuollon ulkopuolisenkin, tulisi toimia terveyttä edistävästi. Ohjelmasta löytyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevia laadutavoitteita ja laatukriteerejä. (Lisätietoja: Merja Saarinen, STM).

Stakesin Tilastot ja rekisterit – yksikkö on tehnyt kartoituksen kaikista *terveyden edistämisen indikaattorihankkeista* Stakesissa (Harris 1998).

Englannissa *valtakunnan tasolla käytettäviä väestöpohjaisia tulosindikaattoreita*, joille on asetettu myös tavoitetaso, on McCollin ym. tutkimuksessa (McColl A, Roderick P, Gabbay J, Ferris G. (1998) What do health authorities think of population based health outcome indicators? *Quality in Health Care* 7:90-97). Siinä on myös kyselyllä kerättyä tietoa niiden käytöstä ja ehdotuksia niiden kehittämiseksi helpommin käytettäväksi.

Perusterveydenhuolto

Stakesin ja terveystakesusten yhteisvoimin kehitettiin *laadukkaan terveystakesuksen indikaattoreita* 1990-luvun alkupuolella. Indikaattoreita on kuvattu mm. Lääkärilehden artikkelissa (Soveri P, Sairanen S, Voutilainen P, Karonen J, Mäkelä M. (1995) Laadukkaan terveystakesuksen indikaattoreita kehitellään. *Suomen Lääkärilehti* 50:1531).

Psykiatrinen hoito

Psykiatrisen sairaanhoidon laatuindikaattoreita on kehitetty VENLA - työryhmässä ja julkaistu Stakesin Aiheita - sarjassa (VENLA-työryhmä. *Psykiatrisen sairaanhoidon laatu*. Aiheita 12/1995. Stakes, Helsinki). Indikaattoreita on julkaisussa varsin runsaasti.

Ne on kuitenkin porrastettu keskeisiin indikaattoreihin, jotka tulisi aina kerätä ja muihin laatua kuvaaviin, valinnaisiin indikaattoreihin.

Ruotsissa on myös laadittu *psykiatrisen toiminnan laatuindikaattoreita* kansallisessa projektissa, jossa olivat mukana Socialstyrelsen, Landstingsföbundet, Svenska Psykiatriska Förening ja Spri (Spri (1997) *Kvalitetsindikatorer i psykiatrisk verksamhet. Erfarenheter från ett nationellt projekt*. Spri rapport 445. Spris förlag, Stockholm). Projektissa testattiin kuutta toimintaa kuvaavaa yleistä laatuindikaattoria.

Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuollon laadunhallinnasta tehdyssä selvityksessä (Lehtinen N, Nordblad A, Rönnberg K, Outinen M. (1999) *Laatupurema. Selvitys suun terveydenhuollon laadunhallinnasta terveystieteissä 1998*. Aiheita 34/1999. Stakes, Helsinki) kerättiin ensisijaisesti tietoa laadunhallinnan tasosta, mutta siitä löytyy myös joitain esimerkkejä laadun mittausten menetelmistä terveystieteissä.

Suun terveydenhuollon laatuindikaattoreita on kehitetty kansainvälisessä *ORATEL-projektissa*, jonka tavoitteena on tuottaa tietojenkäsittelyn työkaluja hammashuollon laadunvarmistusta tukemaan (ORATEL – Telematic System for Quality Assurance on Oral Health Care. Manual on quality assurance indicators in oral health care. CEC Project A2029). Indikaattorien kehittäminen oli yksi osa projektia. Projektissa päädyttiin 87 indikaattoriin, jotka pääosin tulevat työn ohessa kirjatuiksi potilastiedostoon. Osa sopii käytettäväksi myös organisaation tasolla, osa lisäksi valtakunnalliseen tai kansainväliseen vertailuun. (Lisätietoja: Anne Nordblad, Stakes).

Sosiaalipalvelut

Vanhustenhuolto

Vanhusten laitoshoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä on Stakesin Aiheita-sarjassa julkaistussa tutkimuksessa *Vanhusten laitoshoidon tila* (Vaarama M, Kainulainen S, Perälä ML, Sinervo T. (1999) *Vanhusten laitoshoidon tila: Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu*. Aiheita 46/1999. Stakes, Helsinki). Tutkimuksen tulosten pohjalta voi kehittää oman toiminnan laadun seuraamiseksi laatuindikaattoreita.

EVERGREEN 2000 on erityisesti kunnille suunniteltu uusi ohjelmisto, jonka avulla voidaan tehostaa vanhustenhuollon seurantaa, arviointia ja suunnittelua. Se sisältää indikaattoreita palvelujen kysynnän ja tarjonnan, tuotosten, prosessin ja laadun, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja taloudellisuuden mittaamiseen. Siinä on valmiita taulukoita, tunnuslukuja ja indeksejä palvelurakenteen, voimavarojen, kustannusten ja tuloksellisuuden seurantaan arviointiin ja vertailuun. (Lisätietoja: Päivi Voutilainen, Stakes).

Stakesissa on kehitteillä sovellus Yhdysvalloissa alun perin kehitetystä Resident Assessment Instrumentista (RAI). Tämä on työkalu, jonka avulla voidaan arvioida vanhusten laitospalveluiden laatua, kustannuksia ja vaikuttavuutta (Finne-Soveri UH).

(1999) Pitkääikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. *Duodecim* 115: 1600-1610). (Lisätietoja: Anja Noro, Stakes).

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto on laatinut *kotipalvelun laatutekijät* (Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto 1997, lisätietoja Pirjo Tolkki). Kirjasessa on kuvattu sekä asiakkaan palvelua että voimavaroja kuvaavia laatutekijöitä muodossa, jossa niiden toteutuminen voidaan myös seurata. Helsingin kaupungilla on myös vanhainkotitoiminnassa käytössä olevat *vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon laatuksiteerit* ja niiden arviointimenettely. (Lisätietoja: Arja Peiponen, Helsingin sosiaalivirasto).

Laatupeli on vuorovaikutteinen asiakaspalautteen hankinnan menetelmä. Peli soveltuu erityisesti asiakkaille, joiden on hankala tai mahdoton täyttää kirjallisia asiakaspalautte tai –kyselylomakkeita. Kyseessä ei ole varsinainen mittari tai kriteeristö. (Lisätietoja: Maarit Outinen ja Salla Sainio, Stakes).

Spri on Ruotsissa kehittänyt menetelmän *palveluasumisyksiköiden arviointiin* (Spri (1996) *Värksamhetsuppföljning inom särskilda boendeformer*. Spri rapport 418. Spri förlag, Stockholm). Menetelmä koostuu yksikköä ja asukkaita sekä työympäristöä koskevia kriteerejä sisältävistä kyselylomakkeista, jotka osoitetaan henkilökunnan vastattavaksi sekä asukkaille tai omaisille osoitetusta kyselylomakkeesta.

Kuntaliiton ylläpitämä RAVA-indeksi on menetelmä *vanhusten avun tarpeen* arvioimiseksi. Se koostuu kysymyksistä, joilla mitataan asiakkaan päivittäisen avun tarvetta liikkumisessa, syömisessä ja pukeutumisessa. Mittari sisältää myös muistin sekä käyttäytymisen alueet ja lisäksi näön, kuulon, puheen sekä lääkkeiden ottamisen arvioinnin. (Lisätietoja: Kuntaliitto).

Päivähoito

Oulun yliopiston varhaiskasvatuskeskus ja 22 kuntaa ympäri Suomea ovat laatineet kolmevuotisen (1997-2000) "Laadunarviointi päivähoidossa" –projektin aikana alkusyksystä 2000 ilmestyvät valtakunnalliset *laadunarvioinnin kriteerit suomalaisen varhaiskasvatukseen*. Malli lähtee liikkeelle laatuvaatimuksista, jotka perustuvat suomalaisiin lakeihin ja asetuksiin sekä laatuavoitteisiin, jotka kuvaavat laadun "ideaalitasoa". Arviointimallin teoriatausta, laatuvaatimukset ja –avoitteet ovat ilmestyneet jo aikaisemmin teoksessa "laadunhallinta varhaiskasvatuksessa" (Hujala E, Parrila S, Lindberg P, Nivala V, Tauriainen V, Vartiainen P. (1999) *Laadunhallinta varhaiskasvatuksessa*. Oulun yliopisto, Varhaiskasvatuskeskus, Oulun yliopistopaino, Oulu). Lisätietoja: Sanna Parrila; Oulun yliopiston varhaiskasvatuskeskus).

Organisaatiotaso

ITE – työkaluun kuuluu 60 arviointikriteeriä, jotka kuvaavat *hyvin toimivaa organisaatiota* (Holma T. (1997) *ITE. Menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki). Työkalu on kehitetty Kuntaliitossa ja on sieltä saatavissa. (Lisätietoja: Tupu Holma, Kuntaliitto).

Kuntaliiton julkaisusta Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveyspalveluissa (1998) löytyy *ostosopimuksiin liittyviä laatukriteerejä*. Tämä julkaisu päivitetään Kuntaliitossa vuonna 2000. (Lisätietoja: Tupu Holma, Kuntaliitto).

Sosiaali- ja terveydenhuollon *palvelujärjestelmän kehittämisohjelma, auditointi ja laaduntunnustus* (King's Fund-menetelmä) sisältää organisaatiotason rakennekriteeristön sosiaali- ja terveystoimelle (Lisätietoja: Arja Pasanen, Efektia Oy).

ISO 9000 – laatujärjestelmä on kansainvälinen laadunhallinnan standardisto organisaatioiden toiminnan ohjaamista ja kehittämistä varten (Lisätietoja: Nina Lyly, SFS-Sertifointi Oy).

Suomen laatupalkinnon arviointiperusteet hahmottavat organisaation toimintajärjestelmän kokonaisuuden ja muodostavat listan seikoista, joihin tulee kiinnittää huomiota organisaation johtamisessa (Lisätietoja: Laatuokeskus).

Kansainvälisiä kriteerilähteitä

Euroopan laatupalkinto (EFQM Excellence Model) on kansainvälinen organisaation kehittämismalli, joka perustuu yhdeksään arviointi- ja kriteerialueeseen. Lisätietoja löytyy osoitteesta www.efqm.org.

Tulosindikaattoreista terveydenhuollossa tehtyä tutkimusta on kerätty mm. European Clearinghouses on Health Outcomes – projektin yhteydessä. Tiedostoja löytyy osoitteesta: www.leeds.ac.uk/nuffield/infoservices/UKCH/about.html. Sitä kautta pääsee myös pohjoismaiset tutkimukset sisältävään Spriline tietokantaan, jonka osoite on www.spri.se/spriline/INFOP.HTM.

Yhdysvalloissa the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations on julkaissut *indikaattoreita*, joiden pohjalta se arvioi *terveydenhuollon tuottajia*. Viitteitä näihin löytyy osoitteesta www.jcaho.org/. The Maryland Hospital Associationilla on laaja *indikaattoriprojekti*, jossa on luotu indikaattoreita *akuuttiin avo- ja laitoshoitoon, psykiatriseen hoitoon, pitkäaikaishoitoon ja kotihoitoon*. Indikaattoreiden luomiseen on liittynyt tieteellistä arviointia. Lisätietoja löytyy ja indikaattoreitakin pääsee katsomaan osoitteesta www.qiproject.org. Julkaisun projektin kehittelystä ja käytöstä ovat laatineet mm. Kazandjian ym. (Kazandjian VA, Wood P, Lawthers J. (1994) Balancing science and practice in indicator development: the Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project. *The International Journal for Quality in Health Care* No 4:39-46).

Äitiyshuollon laatukriteerit

Taustaa

Suomessa on toiminut valtakunnallinen perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmä vuodesta 1980 lähtien. Ensin lääkintöhallituksen ja sittemmin Stakesin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) pääjohtaja asetti työryhmän viimeksi vuonna 1997 kolmivuotiskaudeksi, joka päättyi 31.1.2000. Asiantuntijatyöryhmän tehtävänä on ollut mm. tehdä perhesuunnittelun ja äitiyshuollon kehittämistä koskevia aloitteita, antaa pyydettyjä lausuntoja, seurata ja tukea hoitosuosittelun, laatumittareiden ja tietojärjestelmien kehittämistä ja myötävaikuttaa alan toimijoiden yhteistyöhön.

Työryhmä sai vuonna 1995 valmiiksi suositukset seulontatutkimuksista sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä ja työnjaosta äitiyshuollossa (Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 1995). Näiden teemojen osalta suositus tarkensi lääkintöhallituksen vuonna 1988 antamaa ohjetta äitiysneuvolatoiminnasta (Lääkintöhallitus 1998). Suosituksen pohjana käytettiin alan kirjallisuuden ja asiantuntijoiden kannanottojen lisäksi äitiyshuollon yksiköille suunnattua kyselyä yhteistyön nykytilanteesta ja kehittämistarpeista. Lisäksi tieteellinen perusta tarkistettiin Cochrane-tietokannasta (Software Update), johon on koottu tieteellinen näyttö raskauteen ja synnytykseen liittyvien tutkimusten ja hoitojen vaikuttavuudesta.

Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä uudisti suositukset vuonna 1999 (Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 1999). Uusien teemojen (mm. synnytyspelko, imetys ja synnytyksen jälkeinen ehkäisy) lisäksi kirjoitettiin katsaus ja kannanotot sikiö- ja kantajaseulontoihin sekä seulontojen yleisiä perusteita ja etiikkaa pohtiva luku. Myös infektioiden seulontoja käsittelevää kappaletta laajennettiin.

Hyvän äitiyshuollon tavoitteena on turvata odottavan äidin, sikiön, vastasyntyneen lapsen ja perheenjäsenten paras mahdollinen terveys. Asiantuntijaryhmä piti tärkeänä määrittää minkälaisin toimin raskauden suunnittelun, seurannan ja synnytyksen aikana on parasta seurata äidin ja lapsen vointia ja vaikuttaa heidän terveyteensä. Tärkeää on myös ymmärtää, minkälaista sosiaalista tukea perheet tarvitsevat, samoin kuin vahvistaa vanhempien ja lapsen välisiä vuorovaikutustaitoja sekä tunnistaa äidin masennus.

Hoidon ja neuvonnan hyvä laatu sekä erityisesti toimiva yhteistyö ovat äitiyshuollon asiakkaille tärkeää. Enenevästi naiset ja myös isät haluavat osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon. Yhä tärkeämmäksi on tullut kyky arvioida ja mitata koettua laatua ja asiakastytyväisyyttä.

Suomessa on julkaistu lukuisia äitiyshuoltoon liittyviä laatua käsitteleviä tutkimuksia, joissa on selvitetty mm. synnytys- ja perhevalmennusta, äitiys- ja lastenneuvoloiden toimintaa, neuvoloiden ja äitiyspoliklinikoiden yhteistyötä ja asiakastytyväisyyttä. Systemaattinen laadunhallinta on kuitenkin puuttunut.

Laatukriteerien kehittäminen

Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmän yhtenä on tehtävänä onkin ollut laatumittareiden kehittäminen. Jo vuoden 1995 seulontasuosituksessa työryhmä teki ehdotuksen yhteistyötä kuvaaviksi laatukriteereiksi. Tiedossa ei ole, miten paljon näitä kriteereitä on Suomessa käytetty.

Vuonna 1997 asetettu perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmä päätti koota omista jäsenistään työryhmän (Dan Apter, Esko Laes, Kristiina Poikajärvi, Maija Ritamo, Arto Salo, Sirpa Sairanen, Marjukka Vallimies-Patomäki ja Kirsi Viisainen ja Martti Virtanen) pohtimaan laatukriteerien työstämistä. Laatukriteerien luettelon evääksi otettiin työryhmän uudistama opas yhteistyöstä (Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 1999). Tavoitteena oli etsiä raskauden ja synnytyksen hoidon laadun arviointiin sopivia mittareita sekä kartoittaa, mitkä raskauden ajan tekijät vaikuttavat lapsen tulevaan terveyteen. Työryhmä pohti, mikä on äitiyshuollon toiminnan tavoite, mitä laadulla äitiyshuollossa tarkoitetaan ja millä mittareilla laatua ja toiminnan tavoitteen saavuttamista mitataan. Se laati myös suunnitelman siitä, kuinka laatuajattelu levitetään kentälle osaksi jokapäiväistä työskentelyä ja kuinka laadunhallinta-ajattelua ja kerättyä informaatiota valtakunnallisesti hyödynnetään.

Työryhmä pohti äitiyshuoltoa laajemminkin seksuaaliterveytenä. Tätä asiaa asiantuntijatyöryhmä on käsitellyt vuonna 1998 julkaistussa raportissaan (Poikajärvi...). Asiantuntijatyöryhmä päätyi kuitenkin työn ensimmäisessä vaiheessa laatimaan ehdotuksen äitiyshuollon laatukriteereiksi. Myös perhesuunnittelun laatukriteerien kehittämistä pidettiin tärkeänä, mutta siitä päätettiin luopua tässä vaiheessa.

Äitiyshuollon laatukriteeriehtotuksesta on keskusteltu myös koko asiantuntijaryhmän kanssa ja siitä on myös konsultoitu ulkopuolisia eri alojen asiantuntijoita. Kommenttien ja ehdotusten pohjalta asiantuntijatyöryhmä on muokannut luvun liitteenä 4 olevan alustavan luettelon mahdollisiksi laatukriteereiksi äitiyshuollossa. Laatukriteereitä on tarkoitus vielä testata käytännön työpisteissä. Ehdotuksessa kriteerit on luokiteltu rakenne-, prosessi- ja lopputuloskriteereihin. Osalle työryhmän on ehdottanut myös tavoitetasoa.

Luettelon tavoitteet ovat hyvän äitiyshuollon perusta. Niiden yksityiskohtaisesta toteutumisesta ja suunnittelusta voidaan sopia ja päättää alueellisesti ja paikallisesti. On syytä korostaa, että kriteerit ovat ehdotuksia ja niistä osa on tarkoitettu käytettäväiksi vain alueellisesti tai paikallisesti.

Monia äitiyshuollon laatumittareita voidaan seurata valtakunnallisista tilastoista, esim. syntymä- ja hoitoilmoitusrekisteristä. Osaa näistä voidaan pitää välttämättöminä ja niiden avulla voidaan tehdä valtakunnallista vertailua. Lisäksi tarvitaan kuitenkin sekä alueellisia että paikallisia mittareita, joita voidaan seurata vuosittain esim. otoksella. Näitä mittareita voivat yksittäiset työyhteisöt kiinnostuksensa mukaan käyttää oman työnsä arviointiin ja kehittämiseen sekä benchmarkingiin (ennätystasovertailuun).

Pohjoismaissa on samanaikaisesti käynnissä äitiyshuollon toimintaa mittaavan indikaattorilistan laadinta (Gissler Mika, henkilökohtainen tiedonanto), joiden luonnosvaiheessa valitut laatuindikaattorit on listattu alla:

- alle 34-viikkoiset synnytykset, %
- synnytysten käynnistys, %
- alatiesynnytys perätilan yhteydessä, %
- keisarileikkaus (elektiivinen/akuutti), %
- imukuppi/pihtisynnytykset, %
- episiotomia alatiesynnytyksissä, %
- älilihan repeämä, III ja IV aste, %
- 5 minuutin Apgar-pisteer 0-6 (lapset 22+ viikkoa), %
- perinataalikuolleisuus (lapset 22+ viikkoa), %
- SGA-lapset (lapset 37+ viikkoa), %
- LGA-lapset (lapset 22+ viikkoa), %
- epiduraalipuudutus alatiesynnytyksen yhteydessä, %
- äidit, joilla uusi sairaalahoito uudestaan 42 päivän sisällä

Kirjallisuuskatsaus

Laatukriteerien laatimisen yhteydessä kerättiin aihepiireittäin äitiyshuoltoon ja lasten terveyteen liittyvää kirjallisuutta, joissa jollain tavoin viitataan laatuun. Tämä luettelo on raportin liitteenä 5. Lisäksi luettelossa on viitteitä viime vuosina julkaistuihin tilastoy-m. rekisteritietoihin. Kirjallisuusluettelo on laadittu siten, että hakusanoina on käytetty sanoja palvelu, laatu, äitiyshuolto, synnytys ja vastasyntynyt. Pääsääntöisesti käytettiin kotimaisia tietokantoja, sillä halusimme kerätä asiaan liittyvää kotimaista tutkimustietoa. Haku keskittyi palvelujen käyttöön, ei niinkään spesifiin raskauden ajan, synnytyksen tai vastasyntyneen lapsen erilaisiin hoitoihin. Kirjallisuuskatsaus ei suinkaan ole kattava, vaan sen tarkoituksena on toimia kimmokkeena työyhteisöjen omassa arviointityössä.

Tavoitetaso

1. RAKENNEKRITEEREJÄ

1.1 ÄITIYSNEUVOLAA KOSKEVIA KRITEEREJÄ

1.1.1. Synnytysten/terveydenhoitaja tai kätilö/v

(SR)*

1.1.2. Raskana olevien määrä/lääkäri/v

(SR)*

1.1.3. Raskaudenaikaisten uä-tutkimusten määrä/työntekijä

esim. vähintään 700/v

1.1.4. Konsultaatioiden saatavuus

- äpkl:n yhdyshenkilö tavoitettavissa päivittäin

- terveyskeskuspsykologi konsultoitavissa

- psykiatri konsultoitavissa

- sosiaalityöntekijä konsultoitavissa

- ravitsemusterapeutti konsultoitavissa

1.1.5 Järjestettyjen perhevalmennusjaksojen lukumäärä (x/v)

vähintään 3/v

1.1.6 Äitiysneuvolassa on suosituksen mukainen kirjattu hoito-ohjelma

tarkistetaan vuosittain,

raskana olevien hoidosta

päivitetään tarvittaessa

- 1.1.7. Potilas-/asiakastiedotteet on laadittu *tarhistaetaan vuosittain,*
(perhevalmennus, seulonnat, uä-tutkimukset, imetyt, masennus,
synnytyksen jälkeinen ehkäisy, päihde- ja mielenterveysongelmat,
tiedotteet perheitä koskevista palveluista) *päivitetään tarvittaessa*
- 1.1.8. Ammattitaidon ylläpitämiseen tähtäävään täydennyskoulutukseen
osallistuneiden osuus äititysneuvolassa:
1) järjestetty mahdollisuus osallistua
2) koulutus toteutunut %:lla äititysneuvolan työntekijöistä
- 1.1.9 Koulutussuunnitelma ja ohje ensitiedon antamisesta on laadittu
- 1.1.10. Ohje tiedonkulusta akuuttitilanteissa on laadittu
(esim. vammaisuudesta tiedottamisesta)
- 1.2 YHTEISTYÖHÖN LIITTYVIÄ KRITTEEREJÄ
- 1.2.1. Äititysneuvolan kullekin toimipisteelle on nimetty äitityshuollon
yhdyshenkilö
- 1.2.2. Äitityshuollon yhdyshenkilö osallistuu synnytyssairaalan
koulutukseen *10 t/v*

- 1.2.3 Synnytyssairalaan on nimetty äitiyshuollon yhdyshenkilö
Äitiyshuollon yhdyshenkilöille on järjestetty alueellisia
Yhteistyökokouksia ja koulutusta yhteisistä hoitokäytännöistä sopimiseksi
- 1.2.5 Äitiyshuollon yhdyshenkilöille on järjestetty mahdollisuus osallistua koulutuksiin ja alueellisiin
yhteistyökokouksiin
- 1.2.6 Synnyttäjiä on mahdollisuus tutustua synnytyssairalaan
- 1.2.7. Lyhytjälkihoitoisen synnytyksen (äidin ja lapsen kotiuttaminen
6-48 tunnin sisällä synnytyksestä, LYSY) käytännöistä on
sovittu ja sen mukainen koulutus on järjestetty
- 1.2.8. LYSY-konsultaatio on saatavissa sairaalasta päivittäin
- 1.2.9 Alueellinen suunnitelma työkiertoon osallistumisesta on laadittu
- 1.3 SYNNYTYSSAIRAALAA KOSKEVIA KRITTEEREJÄ
- 1.3.1 Synnytyksistä vastaava seniori/takapäivystäjä on tavoitettavissa puhelimitse heti tarpeen ilmaantuessa
- 1.3.2. Lastenlääkäri/anestesia lääkäri on tavoitettavissa puhelimitse heti tarpeen ilmaantuessa

- 1.3.3 Hoidettujen synnytysten määrä/kätilö/v
- 1.3.4 Hoidettujen synnytysten määrä/lääkäri/v
- (1.3.5 Raskaudenaikaisten seulonta- uä-tutkimusten määrä/työntekijä)
- 1.3.6. Ammattitaidon ylläpitämiseen tähtäävään täydennyskoulutukseen osallistuneiden osuus synnytyssairaalassa:
 1) järjestetty mahdollisuus osallistua
 2) koulutus toteutunut % osaston työntekijöistä
- 1.3.7. Koulutussuunnitelma ja ohje ensitiedon antamisesta on laadittu
- 1.3.8 Ohje tiedonkulusta akuuttitilanteissa on laadittu (esim. vammaisuudesta tiedottamisesta))
- 2. PROSESSIKRITEEREJÄ**
- 2.1 ÄITIVSNEUVOLAN TOIMINTA
- 2.1.1. Ensikäynti änlässä ennen 12 raskausviikon loppua
 - % raskaana olevista (SR)*
- 2.1.2. Ensisyntyjillä 11-15 tarkastuskäyntiä raskauden aikana
 -% ensissyntyjistä (SR)*
- 2.1.3. Uudelleensyntyjillä 7-11 tarkastuskäyntiä raskauden aikana
 - % uudelleensyntyjistä (SR)*
- 2.1.4 Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä perheväkivaltaa kokeneiden määrä/työntekijä

2.1.5. Asiakkaille on annettu kirjalliset tiedotteet

Kaikille

(perhevalmennus, seulonnat, uä-tutkimus, synnytyssairaalan toiminta, imetys, masennus, synnytyksen jälkeinen ehkäisy)

2.1.6 Kroonisia sairauksia potevien äitien raskaus on suunniteltu suosituksen mukaisesti

% kroonisia sairauksia sairastavista äideistä

2.1.7. Myöhään (viimeinen raskauskolmannes) havaittujen ongelmien määrä

a) obstetriset ongelmat:

- yllätyskaksoset
- yllätysepämuodostumat (todettu 22 raskausviikon jälkeen)

b) psyykkiset ja päihdeongelmat:

- vaikea masennus, ahdistuneisuus, muu mielenterveysongelma, (äitejä/v)
- psykoosi
- perheen/äidin aikaisemmat kielteiset kokemukset
- aikaisempi lastensuojelun/muiden keskeisten palvelujen asiakkuus

c) somattiset sairaudet:

- pre-eclampsia (kohonnut verenpaine ja proteiinuria 20 raskausviikon jälkeen)

- raskausdiabetes

2.1.8. Infektioiden seulonta tehdään suosituksen mukaisesti

2.1.9. Rautalääkitys aloitettu suosituksen mukaisesti

2.1.10. Foolihappolisä aloitettu suosituksen mukaisesti

2.1.11 Synnytyksen jälkeinen ehkäisy

- kirjallinen ohje ja keskustelu viimeistään 4 vk synnytyksestä

2.1.12 Perhevalmennuksen saavat kaikki ensisynnyttäjäperheet *vähintään kerran*

2.1.13. Neuvoalan terveydenhoitajan/kättilön kotikäynti 2 vk:n sisällä synnytyksestä

2.1.14. Riskiperheet tunnistettu suosituksen mukaisesti

2.2 YHTEISTYÖHÖN LIITTYVIÄ KRITTEEREJÄ

2.2.1 Suosituksen mukaisista lähetteisistä

- kiireellinen lähete käsitelty ja ajasta tiedotettu lähetteen saapumispäivänä

- ei-kiireellinen lähete käsitelty 3 pv:n sisällä

- tieto ajasta äidille 1 viikon sisällä

- 2.2.2. Palaute äitityspoliklinikkakäymistä saadaan äititysneuvolaan viikon sisällä käymistä
- 2.2.3. Suosituksesta poikkeavien lähetteiden osuus
- % lähetteistä palautetaan äänlaan
- 2.2.4. Synnytyspelkoiset äidit lähetetään äpkl:lle suosituksen mukaisesti
- 2.2.5. LYSY:n jälkeen
- kotikäynti tehdään 2 päivän sisällä
 - poliklinikkakäynti toteutuu 3-5 pv:n sisällä
- 2.3 SYNNYTYSSAIRAALAA KOSKEVIA KRITTEEREJÄ
- 2.3.1. Synnytyskipujen lievityksen on saanut x % sitä halunneista synnyttäjiä
- epiduraali
 - ilokaasu
 - muu
- 2.3.2. Käynnistettyjen synnytysten osuus
- % synnyttäjiä

(SR)*

(SR)*

2.3.3 Synnytystapa

(SR)*

- spontaani alatie % synnyttäjiä
- elektiivinen sektio
- kiireellinen sektio
- hätäsektio

2.3.4 Synnytykseen liittyvät komplikaatiot

(SR)*

- 3 asteen repeämä
- kohdunpoisto synnytykseen liittyen
- yli 1000 ml vuoto

2.3.5 Seniori/takapäivystäjä saapunut paikalle 30 minuutin kuluessa kutsusta

2.3.6 Hätäsektiopäätöksestä lapsen syntymään kulunut aika (tavoite < 15 min)

- päiväystysaikana
- normaalina työaikana

2.3.7 Lastenlääkäri saapunut paikalleminuutin kuluessa kutsusta

2.3.8. Äidin ja lapsen varhaisen vuorovaikutussuhteen syntyä tuetaan

- synnytyskokemus käydään yhdessä läpi ennen kotiutusta
- vauva tutkitaan yhdessä äidin kanssa
- katsekontaktin, puheen ja hellän käsitelyn tukeminen
- vauvan tunteiden läpikäyminen
- äidin sosiaalisen tuentarpeen selvittäminen

2.3.9. Asiakastytyväisyyttä seurataan järjestelmällisesti

(Ehdotuksia seurattavista asioista: palvelujen jatkuvuus, palvelujen ohjaus, synnytyskokemuksen laatu, synnytyskipujen lievyys)

3. LOPPUTULOSKRITTEEREJÄ

3.1 RASKAUDEN AIKAAN LIITTYVIÄ KRITTEEREJÄ

3.1.1 Pre-eklampsian esiintyminen

(SR)*

- % synnyttäneistä

3.1.2 Tupakoimien ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana lopettaneiden naisten osuus

(SR)*

- 3.1.3 Edelleen tupakiovien osuus ensimm.raskauskolmanneksen jälkeen **(SR)***
- 3.1.4 Alkoholin tai päihteiden vuoksi hoitoon ohjattujen määrä (% raskana olevista)
- 3.2SYNNYTYKSEEN LIITTYVIÄ KRITTEEREJÄ
- 3.2.1. Perinataalikuolleisuus **(SR)***
- kuolleena syntyneet, %
 - 0 - 6 vrk:n aikana kuolleet, %
- 3.2.2 Viiden minuutin Apgar –pisteet **(SR)***
- 0 - 3 pistettä, %
 - 4 - 6 pistettä, %
 - > 6 pistettä
- 3.2.3. Äitiyskuolleisuus /v
- 3.2.4. Raskauden kestoon nähden alipainoiset vastasyntyneet (paino –2 SD)
- % vastasyntyneistä
- 3.2.5 Raskauden kestoon nähden ylipainoiset vastasyntyneet (paino + 2SD)
- % vastasyntyneistä

- 3.2.6 Ennenaikaisena (< 34 rvk) syntyneet
 - % syntyneistä lapsista
 - 3.2.7 Traumaattiset synnytykskokemukset (äidin tai isän kokemina)
 - % synnyttäneistä
 - % isistä
 - 3.2.8 Ylipitkät synnytykset (kokonaiskesto yli 24 t)
 - % synnytyksistä
 - 3.2.9 Kirjallisten muistutusten ja valitusten määrä/v
- 3.3 SYNNYTYKSEN JÄLKEISEEN AIKAAN LIITTYVIÄ KRITEREJÄ**
- 3.3.1 Lastenosastoille, erityisvalvontaan tai teho-osastolle ensimmäisen vuorokauden aikana joutuneet vastasyntyneet
 - % vastasyntyneistä
 - 1.3.2 LYSY:yn valittujen suunnitteleman paluu synnytyssairaalaan
 - 3.3.3 Alle 1 vuoden iässä kuolleet
 - 7–28 vrk:n sisällä
 - 29 – 365 vrk:n sisällä
- (kuolinsyytiedot)**

3.3.4 Täysimety 4 kk:n iässä

80 % lapsista täysimetyjä

- % lapsista

3.2.5. Osittain imetetyt lapset 4 kk:n iässä

(lasteneuvolakorteista)

3.2.6 Lapsen psykososiaaliset taidot 3 kk:n iässä (kyky katsekontaktiin,

sosiaalinen hymy, vastavuoroinen ääntely) havaittavissa

3.2.7 Lapsen painon nousu ensimmäisellä kotikäynnillä

* **(SR)** saatavissa synnytysrekisterin tiedoista

Liite 5

ÄITIYSHUOLLON LAATUKRITEEREIHIN LIITTYVÄÄ KIRJALLISUUTTA

Neuvolatoiminta, perhevalmennus ja synnytyskokemukset

Eriksson U-M, Hansson T, Tuomala S. Ensimmäisen lapsensa synnyttäneiden perheiden tukeminen synnytysvuodeosastolla ja avohoidossa. *Terveystieteiden aikakauskerta* 1996;2:12-16.

Forsblom A. Neuvoloilta halutaan psyykkistä tukea: ei vain pituus- ja painokäyriä. *Socius* 1998;8:24-25.

Heickell K. Ensisynnyttäjien kokemukset synnytyksestä ja synnytysvalmennuksesta. Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1998.

Heikkilä K. Synnytysympäristö ensisynnyttäjien kuvaamana: tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 1997.

Heimo E. Lapsiperheen psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. *Lisensiaattitutkimus*. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 1999.

Hilander A; Kivinen T. Asiakkaiden arvioima palvelujen laatu Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen äitiys- ja lastenneuvoloissa sekä lääkärin vastaanotoilla. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos. *Opinnäytetutkielma*. 1995.

Hirvonen-Kari M. Äitiyspoliklinikkakäynnin kokonaispituus ja sen muodostuminen. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1991.

Hovi A-M. "Perhevalmennuksen laadunvarmistus. 'Hyvä perhevalmennus' -laatumittarin kehittäminen prosessi ja kuvaus". Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos, julkaisuja M 153:1998.

Huhtela P. Väestövastuun ja perinteisen terveydenhoitajan työn laatu asiakkaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 1992.

Jukarainen R-L. Ensisynnyttäjien lastenneuvolan terveydenhoitajilta imetyksen saama sosiaalinen tuki. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, 1994.

Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 49. 1997.

Karjalainen E. Raskaana olevien ensisynnyttäjien ja synnyttäneiden äitien neuvonnan yhtenäistäminen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen Kainuun keskussairaalassa. *Hoitotieteen julkaisu* 1/1991, Kainuun keskussairaala, 1991.

Kivinen T, Sinkkonen S, Laitinen A, Kinnunen J. Lääkärinvastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 51, 1998.

Kivinen T, Hilander-Sihvonen A. Asiakkaat ja terveystalvelujen laatu. Tutkimus Kuopion sosiaali- ja terveystakeskuksen talvelujen laadusta äitiys- ja lastenneuroliden sekä lääkärien vastaanottojen asiakkaiden arvioimana. Suomen Kuntaliitto, ACTA no 82, 1997.

Kivivirta L. Suomalaisen naisen kokemuksia synnytystapahtumasta. Pro-gradu - tutkielma, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 1994.

Kuronen M. Äitiysneulan normaaliäitiys. Sosiaalilääket aikakaustlehti 1994:2,135-143.

Kuronen M. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuulan toimintakäytännöistä. Stakes. Tutkimuksia 35, 1994.

Kärkkäinen M-L, Pakarinen P. Odottavien äitien terveystkasvatustarpeen ja äitiyshuollon toimintaan suuntautuvat odotukset Keski-Suomen läänissä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliiton julkaisuja 29/1991.

Lehtomäki L. Laadun arviointiperusteet äitiysneulassa. Kuvaus äitiysneuloiden terveydenhoitajien ja lääkäreiden sekä äitiyspoliklinikoiden lääkäreiden näkemyksistä laadukkaasta äitiysneulatyöstä. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 1992.

Lukkari L. Äitien tyytyväisyys synnytykokemukseen. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1996.

Mattila M, Tervaskanto-Mäentausta T, Blanco Sequeiros M. Neuvola keski-ässä - kriisissäkö? Oulun läänin neulaprojektin (1996-1998) väliraportti. Sosiaali- ja terveystministeriön monisteita 13, 1998.

Mellas E. Raskaana olevien naisten äitiysneulassa saama tieto raskauteen ja synnytykseen liittyvissä asioissa Kymenlaakson keskussairaalanpiirissä. Pro gradu - tutkielma. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1994.

Ottman M, Lahtinen A, Apiainen S, ym. Miten synnytys koetaan; kyselytutkimus synnyttäjien kokemuksista ja isän mukanaolosta synnytyksessä. Kätilölehti 5/88, ss. 19-21.

Paajanen A. Raskaana olevien naisten äitiyspoliklinikkakäynnit ja päivistyskäynnit Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Naistenklinikassa vuosina 1988, 1991 ja 1994. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1997.

Paavilainen R, Åstedt-Kurki P. 1995. Varhainen kotiutuminen synnytyssairaalasta ja terveydenhuoltotalvelut perheiden kokemana. Hoitotiede 7 (3), 104-109.

Partanen-Björk M. Äitiysneulan perhevalmennuskursseille, osallistuneiden äitien käsitys valmennuksen tarpeesta ja saamastaan valmennuksesta. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1997.

Petäjä L, Salonen M. Synnyttäjien kokemukset kivunhoidosta. Synnytysanalgesian laadunvalvontaa TYKS:ssa. Suom Lääkäril 1995;50:577-582.

Piispanen P, Roine E. Perhesuunnittelupalvelujen laatu Keski-Suomessa asiakkaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, terveystieteiden ja -talouden laitos, 1997.

Raussi-Lehto E. Synnyttäjien kokemuksia palvelun laadusta. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen laitos, 1998.

Rinnevuori E, Salmela R. Väestön näkemykset terveyskeskuspalveluista ja niiden kehittämistarpeista. Raportti Juvan, Puumalan ja Sulkavan terveyskeskuskuntaliiton väestölle tehdystä kyselytutkimuksesta. Kuopion yliopiston julkaisuja, kansanterveystiede, tilastot ja selvitykset 3, 1986.

Räikkönen O, Gissler M, Perälä M-L, Pelkonen M, Järvenpää M. Äitiyshuollon palvelujen käyttö raskauden seurannassa. Sosiaalilääket Aikakauslehti 1999;36:133-143.

Rättö H. 90-luvun äitiys muutoksessa? Mietteitä työnkuvan laajenemisesta Kätilöopiston sairaalan äitiyspoliklinikalla. Kätilölehti 1999;104:9.11.

Sihvo S, Rahkonen O, Hemminki E. Unohdettu sukupuoli? Miesten rooli perhesuunnittelussa. Suom Lääkäril 1995;50:3851-3855.

Säisä A-L. Isien kokemuksia äitiysneuvolan palveluista, isyyteen kasvusta sekä perheestä ja isien mielipiteitä neuvolapalveluiden kehittämisestä. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, terveydenhuollon opettajan koulutusohjelma, 1996.

Tarkka M-T. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Pro nursing ry:n julkaisusarja a, 1997;11:109-118.

Vallimies-Patomäki M. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Tutkimus hoitokäytäntöjen yhteyksistä synnytystapaan ja synnytyskokemukseen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 64. 1998.

Vehviläinen-Julkunen K, Teittinen M. Tietoa, tukea, varmuutta synnytykseen ja vanhemmuuteen. Stakes, Raportteja 81, 1993.

Vehviläinen-Julkunen K, Lauri S, Laine T, Peni R, Beaton J, Gupton A. Naisten synnytysodotukset ja synnytykseen valmentautuminen. Pitkittäistutkimus naisten käsityksistä synnytyskivuista, tilanteen hallinnasta ja päätöksenteosta sekä saamaastaan tuesta synnytyksessä. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A6, 1994.

Vehviläinen-Julkunen K, Saarikoski S. (toim.). Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kuopion läänin projektin väliraportti. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 15, 1994.

Vehviläinen-Julkunen K, Varjoranta P, Karjalainen K. Asiakkaiden ja terveydenhoitajien arviointeja äitiys- ja lastenneuvoloiden kotikäynneistä. Hoitotiede vol.6, 1/94.

Vehviläinen-Julkunen K, Saarikoski S, Marttinen P. Perhevalmennus perheiden tukena. Tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatiosta. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 3, 1995.

Muuta

Forssas E, Hemminki E. Sikiön sydänäänten valvonta synnytyksessä. Suom Lääkäril 1995;50:3480-3481.

Forssas E, Gissler M, Sihvonen M, Hemminki E. Maternal predictors of perinatal mortality: the role of birthweight. Int J of Epidem 1999;28:475-478.

Helsingin kaupungin tilastot..... Outi Kupiaiselta

Hemminki E, Mäntyranta T, Teperi J, Meriläinen J, Tuimala R. Synnytysten yhteydessä tehdyt toimenpiteet Suomessa 1980-luvulla. Suom Lääkäril 1991;46:809-814.

Hemminki E, Malin M, Kojo-Austin H. Äitiyspoliklinikat Suomen äitiyshuollossa. Suom Lääkäril 1992;47:957-961.

Hemminki E, Gissler M. Raskauden ja synnytyksen hoitokäytännöt Suomessa vuonna 1991. Suom Lääkäril 1993;48:2079-2084.

Kurki T. Potilasvahingot synnytyksissä. Suom Lääkäril 1995;50:2831-2832.

Laanti M. Asiakkaan itsemäärämisoikeus äitiyshuollossa: analyysi äitien kokemuksista ja heidän halustaan määrätä omasta hoidostaan. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, 1989.

Mäki T, Eskola K. Raskaus- ja lapsivuodeajan masennuksen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Hoitotyön laadunvarmistusprojektin pilottiryhmä. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveysviraston julkaisusarja C:8:1996.

Poikajärvi K, Mäkelä M. Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa. Onko neuvolajärjestelmää uudistettava? Aiheita 32/1998, Stakes.

Pokki H, Markkanen K. Lapsenpäästäjiä ja viisaita vaimoja. Selvitys äitiyshuollosta terveyskeskuksissa ja synnytyssairaaloissa. Tehy ry. Sarja B: Selvityksiä4/1998.

Rautava P. Health education in the finnish maternity health care system. Evaluation of effectiveness (Äitiysneuvolan terveyskasvatuksen vaikuttavuus). Väitöskirja. Lääkintöhallituksen julkaisuja, sarja tutkimukset 14/1989, Helsinki.

Rutiininomainen kaikututkimus raskauden aikana. Arviointiseloste 1/99, FinOHTA, Stakes.

Sainio S (toim.). Lasten hankinta ja terveydenhuolto. Seminaariraportti. Aiheita 21/1996, Stakes.

Santalahti P. Prenatal screening in Finland. Availability and women's decision-making and experiences. (Siköseulonnat Suomessa - tarjonta, naisten päätöksenteko ja kokemukset). Väitöskirja. Tutkimuksia 94, Stakes 1998.

Sihvo S, Koponen P. (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen - palveluiden käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220, Stakes 1998.

Socialstyrelsen. Kvalitetssäkring inom mödrahälsovården. Förslag till kvalitetsindikatorer. 1997.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. 1999.

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä: Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1995. Stakes Oppaita 27, Jyväskylä 1995.

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, Kirsi Viisainen (toim.): Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes Oppaita 34, Jyväskylä, 1999.

Stakes. Perhesuunnittelun kehittäminen vuoteen 2000. Työryhmän raportti. Aiheita 31/1994, Stakes.

Stakes. Vauvamyönteisyysohjelma. Ohjelma imetysohjauksen jatkuvaan laadunkehittämiseen, 1994.

Vakkilainen E-L, Niemelä R. Synnytyskäytäntöselvitys. Aiheita 30/1992, Sosiaali- ja terveyshallitus.

Vakkilainen E-L, Järvinen K. TAIMI, ITU-projektin loppuraportti, Aiheita 10/1994, Stakes.

Vienonen M (toim.) Äitiyshuollon käsikirja. Lääkintöhallitus, Helsinki, 1990

Viisainen K, Töölö M-L, Gissler M, Hiilesmaa V, Jaakkola M-L, Vesterinen J, Hemminki E. Ketkä eivät käy äitiysneuvoloissa? Tutkimus riittämättömän raskauden seurannan esiintyvyydestä ja syistä. Suom Lääkäril 1998;24:2529-2534.

Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja nro 33. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1988.

Perhesuunnittelu

Kosunen E, Rimpelä M. Perhesuunnittelun palvelujärjestelmä. Duodecim 1997;113:1198-1202.

Rimpelä M, Ritamo M. Perhesuunnittelua vuoteen 2000. Kehittämishankkeen tavoitteet ja sisältö. Suom Lääkäril 1995;50:907-912.

Lasten terveys

Hasunen K, Sairanen S, Heinonen K, Lyytikäinen A. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 1995. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1996:2, Helsinki 1996.

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:7, Helsinki 1997.

Hermanson E, Karvonen S, Sauli H. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa. Valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Osat I ja II. Tilastoraportti 13/1998, Stakes.

Hollo O. Alipainoisena syntynyt lapsi kymmenen vuoden iässä. Väitöskirja. Turun yliopisto, 1999.

Hulkko S, Mäkinen S, Vaalamo P, Kaukoranta S, Pirhonen J. Raskaudenajan seurantatutkimukset ja lapsen varhaisennuste. Duodecim 1989;105:256-265.

Hulkko S, Kataja M, Zimmermann S. Raskauden ja perinataalikauden tapahtumien vaikutus lapsen psykomotoriseen suoriutuskykyyn 6-vuotiaana. Suom Lääkäril 1996;16:1757-1764.

Koivisto M, Kronqvist E-L, Oksanen R, Saukkonen A-L, Forsius H, Wasz-Höckert O. Oulun neuvolatutkimus. Tehostetun neuvolatyön vaikutus esikoislapsen psyykkiseen ja fyysiseen kehitykseen ja terveyteen kahdeksan ensimmäisen ikävuoden aikana. Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Oulun yliopiston lastentautien klinikka. Oulun yliopisto, 1992.

Laadukasta neuvolatyötä - laadukkaasti kirjaamalla. Imeväis- ja leikki-ikäisten terveyskertomus. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1997.

Matilainen R. Sikiökautisen kasvuhäiriön merkitys ennenaikaisesti syntyneen lapsen ennusteelle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 1988.

Rajantie J, Sihvola S, Lappi R, Perheentupa. Lasten ja nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa. Mannerheimintie lastensuojeluliitto, 1993.

Sairanen S, Heinonen K, Hasunen K. Imetys Suomessa 1995. Suom Lääkäril 1997;52:3057-3060.

Sihvola S. Lapsen terveys ja lapsiperheiden hyvinvointi. Mannerheimin lastensuojeluliitto, 1994.

Tepora E, Nurttila A, Sairanen S, Riihelä J. Vantaalaisen vauvan äidinmaitokausi 1997. Vantaan kaupunki, sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan julkaisu C:14:1999.

Vähä-Eskeli E. Psykoneurologinen suoriutuskyky kuuden vuoden iässä ja siihen vaikuttavat tekijät. Väitöskirja. Turun yliopisto, 1992.

Rekisterit

Gissler M, Teperi J, Hemminki E, Meriläinen J. Kuinka syntymärekisteriä voitaisiin parantaa? Syntymärekisteri kehittämisprojektin loppuraportti 1991-1993. Aiheita 19/1994, Stakes.

Gissler M, Nenonen M. Valtakunnallisten terveystietorekistereiden käyttö laatutyössä. Osa 2. Lisäntymisrekisterien laatuindikaattoreista. Suom Lääkäril 1997;52:3929-3933.

Gissler M. Administrative registers in health research. A cohort study of Finnish children born in 1987. (Hallinnolliset rekisterit terveystutkimuksessa - vuonna 1987 syntyneiden suomalaislasten kohorttitutkimus). Väitöskirja. Stakes, tutkimuksia 97, Helsinki 1997.

Gissler M, Rasimus A, Ritvanen A, Toukomaa H, Stakesin lisäntymisrekisterin yhteistyöryhmä. Lisäntyminen ja sen trendit - tilastoja raskauksista, syntymistä, steriloinneista ja lasten epämuodostumista. SVT, Terveys 1996:2, Stakes.

Koskinen R, Meriläinen J, Gissler M, Virtanen M. Perinataalitilastot 1996. Tilastotiedote 1998:3, Stakes.

Louhiala P. Rekisteröity elämä. Syntymärekisteri tutkimuksen apuna. Aiheita 40/1994, Stakes.

Ritvanen A, Sirkiä S. Epämuodotumarekisteri 1993. Tilastotiedote 1996:1, Stakes.

Teperi J, Hemminki E, Tuominen K, Kojo-Austin H, Ollila E, Meriläinen J.

Kuinka uusi tietojärjestelmä toimii? Syntymärekisterin kehittämisprojektin loppuraportti. Raportteja 21/1991, Stakes.

Teperi J. Use of registry data in the analysis of medical practices. Cesarean birth in the Finnish medical birth registry (Rekisteritietojen laatu ja käyttökelpoisuus hoitokäytäntöjen tutkimisessa - esimerkkinä syntymärekisteri ja keisarinleikkaukset). Väitöskirja. Tutkimuksia 47, Stakes 1994.

Muuta

Richardus J, Graafmans W, Verloove-Vanhorick S, Mackenbach J. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. Med Care 1998;36:54-66).